

Носсрат ПЕЗЕШКИАН

Психосоматика и позитивная психотерапия



ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Носсрат Пезешкиан

Психосоматика и позитивная психотерапия

Межкультурные и междисциплинарные аспекты
на примере 40 историй болезней



«Институт позитивной психотерапии»

Москва 2006

УДК 616.89-009.611-085.851

ББК 56.14+53.57

П24

Серия основана в 2004 году.

Ответственный редактор серии – канд. психол. наук Денис Осипов

*Эксклюзивное право издания книги на русском языке принадлежит
Институту позитивной психотерапии. Все права защищены.
Любая перепечатка издания без письменного разрешения является
нарушением авторских прав и преследуется по закону.*

Пезешкиан Н.

П 24 Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем./Носсрат Пезешкиан. – 2-е издание. - М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. – 464 с. – (серия «Позитивная психотерапия»)

ISBN 5-902791-05-7

Книга представляет собой практическое пособие и посвящена двум неразрывно связанным темам – психосоматике (телесному отражению душевной жизни человека) и позитивной психотерапии.

Для психотерапевтов особый интерес представляют различные стороны позитивного подхода к психокоррекции, дополняющие то, что им уже известно. Психологам и педагогам могут быть полезны сведения о физиологических механизмах психологической помощи. Врачам – психологические аспекты клинико-физиологических представлений.

Книга адресована врачам, психиатрам, психотерапевтам, семейным терапевтам, практикующим клиническим психологам, а также студентам психологических ВУЗов, всем заинтересованным педагогам, учителям, социальным работникам и широкому кругу читателей.

УДК 616.89-009.611-085.851

ББК 56.14+53.57

ISBN 3-540-53956-5

ISBN 5-902791-05-7

© N. Peseschkian, 1991. Springer – Verlag Berlin Heidelberg

© Издательство «Институт позитивной психотерапии», 2006.

© Перевод и научное редактирование,

Институт позитивной психотерапии, 2006.

Содержание

I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	12
1. Введение в позитивную психотерапию и психосоматическую медицину	12
Введение	12
Терапия и видение человека	12
Психотерапия вместо психопатологии	13
Для кого предназначена эта книга?	15
Руководство для читателей	15
1) Позитивное толкование болезни	15
2) Понятия	16
3) Симптоматика	16
4) Транскультурный аспект и эпидемиология	16
5) Обзор литературы	16
6) Пословицы и народная мудрость	16
7) Притчи	16
8) Аспекты самопомощи (психопатофизиология)	17
9) Терапевтический подход	17
10) Опросник	18
Каково будущее позитивной психотерапии?	19
Критика и взаимодействие	20
Благодарность	22
2. Психосоматика на Востоке и Западе	24
Притча в напутствие «Легкое лечение»	24
3. Модель конфликта в позитивной психотерапии применительно	
к психосоматической медицине	30
Притча «Меткое слово»	30
Развитие позитивной психотерапии с позиции	
транскультурного подхода	30
Модель конфликта в позитивной психотерапии (краткая форма)	33
а) Актуальный конфликт	33
б) Актуальный и базовый конфликт	34
в) Ключевой конфликт	34
г) Нейрофизиология	34
Техника лечения, основанная на теории возникновения заболеваний	35
а) Позитивный процесс	35
б) Содержательный процесс	38
в) Ориентация целей	38
г) Стационарное и амбулаторное применение	40
Теория позитивной психотерапии в психосоматической медицине	40
а) Позитивное видение человека	40
б) Актуальные способности и концепции (внутренняя динамика конфликта)	42

в) Четыре формы переработки конфликтов (физиология и психосоциальная ситуация напряжения)	46
г) Четыре модели для подражания (раннее развитие)	50
д) Девять тезисов позитивной психотерапии	52
Актуальные способности в отношениях врач — пациент	53
а) Актуальные способности как содержание переноса и контрпереноса	55
б) Три стадии взаимодействия	57
в) Взаимоотношения терапевтических моделей	60
Практическое применение «позитивных преобразований» — психоанализ и позитивная психотерапия	60
Недоразумения как содержание защитных механизмов	63
Приложение: Общий опросник	64
4. Пять ступеней позитивной психотерапии (практическая часть)	68
Общая и межличностная функция	68
Терапевтическая функция первого интервью	68
а) Ступень 1: наблюдение и дистанцирование	69
б) Ступень 2: инвентаризация	72
в) Ступень 3: ситуативная поддержка	73
г) Ступень 4: вербализация	73
д) Ступень 5: расширение системы целей	74
Пять ступеней в терапии и самопомощи	74
а) Ступень 1: наблюдение и дистанцирование	74
б) Ступень 2: инвентаризация	76
в) Ступень 3: ситуативная поддержка	77
г) Ступень 4: вербализация	78
д) Ступень 5: расширение системы целей	79
Стратегии позитивной психотерапии	80
а) Работа с одним пациентом	80
б) Партнерские проблемы	81
в) Нервный срыв	81
г) Нуклеарная семья (отец—мать—ребенок)	81
д) Работа с расширенной семьей	81
е) Психосоматика и семья	81
ж) Психозы в позитивной семейной терапии	82
з) Позитивная групповая психотерапия	82
и) Группы самопомощи	82
5. Три аспекта психосоматики в позитивной психотерапии	84
Притча: «Черепичник»	84
Психосоматика в узком смысле	85
а) Функциональные расстройства	85
б) Органические нарушения	85

Психосоматика в широком смысле	86
а) Психосоматические симптомы как проявление конфликтного переживания	87
б) Психосоматические симптомы как индикаторы конфликтного или недостаточного переживания	88
в) Психосоматические симптомы как сопутствующие проявления препсихотических и психотических заболеваний	88
г) Психосоматические симптомы при чисто соматических заболеваниях	89
Психосоматика во всеобъемлющем смысле	89
а) Сфера индивидуума	90
б) Сфера науки	91
в) Социокультурная сфера	92
д) Практические выводы	99
6. Заключение	101
А. Взаимоотношения терапевтических моделей.	101
Б. Сообщение для экспертов	104
1. Спонтанные сведения (комментарии)	104
2. Описание жизненного пути	104
3. Состояние на момент обращения	106
4. Психодинамика и содержание конфликта	106
5. Диагноз	108
6. План лечения и цель терапии	108
7. Прогноз	108
В. Общее заключение терапевта на промежуточном этапе	109
Разъяснение диагноза пациенту	109
Модификация первого интервью	110
7. Нервный срыв	112
Притча: «Не все сразу»	112
Пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервном срыве	112
Позитивное толкование	114
Содержательная модель	114
Пятиступенчатая модель лечения	115
II. КАРТИНЫ БОЛЕЗНЕЙ	117
1. Нервная анорексия и булимия	117
2. Ожирение	133
3. СПИДофобия	141
4. Страх и депрессия	147
5. Бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром	167
6. Грыжа межпозвонкового диска	178
7. Заболевания крови	188
8. Язвенный колит и болезнь Крона	194

9. Сахарный диабет	200
10. Простудные заболевания и насморк	214
11. Заболевания желчного пузыря и желчнокаменная болезнь	220
12. Желтуха	226
13. Гериатрические проблемы	230
14. Выпадение волос	238
15. Заболевания кожи и аллергия	245
16. Инфаркт миокарда	256
17. Кардиофобия и функциональные нарушения сердечного ритма	262
18. Гипертония и гипотония	273
19. Головная боль и мигрень.	283
20. Рак	290
21. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	299
22. Рассеянный склероз (MS)	305
23. Обстипация	315
24. Педиатрические проблемы	327
25. Болезнь Паркинсона	335
26. Ревматоидный артрит и ревматизм	347
27. Заболевания щитовидной железы	355
28. Шизофрения и эндогенная депрессия	359
29. Нарушения сна	370
30. Апоплексический удар и закупорка артерии	377
31. Нарушения глотания и кашель	383
32. Нарушения слуха и зрения	388
33. Сексуальные расстройства	394
34. Феномен стресса в позитивной психотерапии	404
35. Алкоголизм и курение	412
36. Суицидальные попытки	418
37. Несчастные случаи	423
38. Урологические заболевания	429
39. Заболевания зубов и нижнечелюстных суставов	435
III. ПРИЛОЖЕНИЕ	440
Притча в напутствие	440
«Человек, вол, собака и обезьяна»	440
А. Интервальный тренинг	441
Б. Релаксационный тренинг	442
В. Прогрессивная мышечная релаксация	444
Г. Три стадии взаимодействия в позитивной психотерапии	448
Список литературы	449

Предисловие

В книге известного немецкого психотерапевта Носсрата Пезешкиана рассматривается проблема психосоматических соотношений. Несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение уже нескольких веков, со времен Гиппократ и Аристотеля, она остаётся одной из наиболее сложных проблем современной науки.

Жизненный путь человека — это вереница событий, отмеченных личным участием субъекта, восприятием, оценкой и реакцией. Реакция человека — это и определенное поведение в конкретной ситуации, и переживание случившегося. События жизни — это не только изменения обстановки или новые формы отношений окружающих, это и нарушения в реализации жизненных планов и программ, это и неудовлетворенные желания, и несбывшиеся мечты, это и крушение надежд. Проходя через полосы стрессов, конфликтных ситуаций, оказываясь в положении жизненных кризисов, человек может стать жертвой длительных состояний психоэмоционального напряжения и социальной дезадаптации.

Поскольку душа и тело человека составляют неразрывное единство, то психологическое неблагополучие нередко становится причиной телесных недугов. Эти нарушения, в свою очередь, оказывают влияние на психику. В современной, чрезвычайно интенсивной жизни у человека появилось множество психосоматических расстройств, которые можно устранить, лишь понимая телесный «язык» его психики. Иногда тело может выражать происходящие в нем физиологические процессы языком чувств: страха, отчаяния, печали, радости. А психические процессы говорят о себе на «языке органов»: человек краснеет, дрожит, у него отнимаются ноги, слепнут глаза, болит спина или появляется сыпь на лице. Здесь нет причинной связи между тем, что произошло сначала, и тем, что за этим последовало. И то, и другое — это различные проявления внутреннего состояния.

Книга Носсрата Пезешкиана представляет собой практическое пособие и посвящена двум неразрывно связанным темам — *психосоматике* (телесному от-

ражению душевной жизни человека) *и позитивной психотерапии*. Для психотерапевтов особый интерес представляют различные стороны позитивного подхода к психокоррекции, дополняющие то, что им уже известно. Психологам могут быть полезны сведения о физиологических механизмах психологической помощи, медикам – психологические аспекты клинико-физиологических представлений.

Надежда Осипова

Ректор Института позитивной психотерапии
кандидат психологических наук
Москва, 2006 год

*Если кто-то ищет здоровье,
спроси его сперва,
готов ли он в дальнейшем расстаться
со всеми причинами своей болезни, –
только тогда ты сможешь ему помочь.*

Сократ

I. Теоретическая часть

1. Введение в позитивную психотерапию и психосоматическую медицину

*Кто работает один — прибавляет.
Кто работает вместе — умножает.
(Восточная мудрость)*

Введение

В ходе транскультурных исследований мне удалось установить, что во многих восточных странах врачу выплачивался гонорар до тех пор, пока его «пациент» оставался здоров. При этой древней восточной системе здравоохранения врач был ориентирован прежде всего не на лечение болезни, а на поддержание здоровья. Эти наблюдения и размышления побудили меня к созданию такой концепции, которая во главу угла ставит не болезнь, а здоровье.

Терапия и видение человека

*Времена меняются —
и мы меняемся вместе с ними.*

Принципы лечения соматических и психических заболеваний с давних пор зависели от представлений о человеке, которые господствовали в соответствующий отрезок времени. Современная медицина, возникшая в результате развития стран Запада, является медициной заболеваний: исследуются условия развития, закономерности, возможности передачи болезни. Это все рассматривается зачастую абстрактно, т.е. вне связи с пострадавшим человеком.

Распространенность заболеваний изменилась. Тем, чем раньше были чума, холера и оспа, сегодня стали сердечно-сосудистые и легочные заболевания, депрессии, фобии, чувство тревоги и безысходности. С точки зрения истории медицины это понятно: после выдающихся успехов естественных наук в преодолении инфекционных заболеваний в терапии и хирургии было развито примерно следующее представление: человек — это машина, которая должна быть отремонтирована, при этом ее нужно смазать, удалить испорченные детали и поставить новые. Лечение сферы психического проводилось только при крайней необходимости, однако сегодня мы уже не можем больше проходить мимо того факта, что примерно 60 — 80 % всех заболеваний обусловлены психикой или по крайней мере опосредованы

ею. Головные боли, желудочно-кишечные расстройства, нарушения сна, ревматические болезни, боль, астма, сердечная недостаточность, сексуальные расстройства, фобии, депрессии, навязчивые состояния и т.д. все чаще рассматриваются сегодня с точки зрения переживания, переработки переживаний и психических и психосоциальных конфликтов.

Стремление к профилактическому, предупреждающему мышлению тем не менее является заслугой не только медицины и психологии, но и тех институтов, которые вынуждены «устранять» заболевания и их последствия: больницы, страховые компании, политические и религиозные организации. Таким образом, становится понятным, что болезнь не является больше личным делом и внимание к ней не является больше привилегией узкоспециализированных ученых или ответственных за организацию здравоохранения лиц. Пострадавшим является каждый из нас, прямо или косвенно. Во всех случаях душевных или физических происшествий мы можем обнаружить такие взаимосвязи, когда мы стремимся видеть в больных больше, чем просто носителей симптомов и историй болезни. Возникает вопрос: кто болен и кого нужно лечить, человека, который представляется пациентом, его семью, его партнера, его подчиненных и коллег по работе, общество и его устройство, политиков, которые хотят представлять его общественные интересы, или кого-то еще, называющихся его терапевтами? Так же ставится вопрос при обычном обращении с психическими больными. Повышается спрос на организацию психиатрической помощи. Речь уже не идет только о том, что каждой определенной болезни должно соответствовать определенное лечение, например, направление в психиатрическую клинику. Мы делаем акцент на вопрос, какое значение для пациента и его семьи имеет определенное мероприятие и как оно влияет на течение заболевания.

Психотерапия вместо психопатологии

Современная ситуация в психосоматической медицине и психотерапии требует развития таких методов, которые были бы одинаково эффективны и экономичны. Наряду с техническими вопросами терапевтической процедуры важным является и вопрос содержания: по каким критериям описывается и перерабатывается возникший конфликт.

Целью является, наряду с психоанализом как стандартным методом психотерапии с его «высшим образованием», найти более короткий путь дальнейшего образования и усовершенствования, который при помощи конфликтцентрированных методов открыл бы доступ к психическому измерению состояния болезни. Этот «более короткий путь» должен быть совместимым не только с психоанализом, но и с другими психотерапевтическими методами: только так он сможет внести вклад в налаживание единства внутри психотерапии. Предполагается, что коллеги, работающие в различных специальных направлениях, готовы принять иные модели

мышления, в которых понятию болезни придается различное значение и предполагаются альтернативные стратегии мышления. При этом только во вторую очередь учитывается, является ли болезнь психической, психосоматической, психотической или соматической. Позитивная психотерапия как «выдающийся синтез психодинамических и поведенческих терапевтических элементов» (*Benedetti, 1983*) отвечает этим требованиям.

Психотерапия и психосоматика, развиваясь вслед за великими открытиями Фрейда, научились проблематизировать, т.е. выдвигать на передний план проблемы, перерабатывать конфликты, переживать до сих пор вытесненную или отрицавшуюся агрессию, делать ее доступной сознанию и выделять разницу. Это происходит в русле изречения Фрейда: «Только когда станешь изучать болезненное, поймешь, что же такое нормальное». Такой подход к пониманию конфликтов сильно содействует неуверенности, тревоге и регрессии тех, кто ожидает от него помощи, кому он обещает помочь. Потенциально их самонаблюдение поглощается конфликтами и конфликтными занятиями.

Позитивная психотерапия и семейная терапия в психосоматической медицине в одном существенном пункте переворачивают классический процесс на голову или, лучше сказать, ставят обратно на ноги. Прежде чем будут терапевтически дифференцированы конфликтные различия в семье, например, ставятся несколько вопросов:

Что при всех этих сложностях еще держит семью вместе? Какие общие особенности еще связывают отдельных членов семьи? Какое значение имеет симптом для сохранения и стабилизации психического состояния? Какими возможностями, стратегиями и стилями в преодолении и переработке конфликтов располагают члены группы и сама группа?

Это означает, что мы не можем остановиться на описании патологических, то есть нарушенных или болезненных состояний. Вместо *психопатологии* повседневной жизни, как писал Фрейд, на основе существующих ценностей и современного развития психотерапии для нас вырастает задача создания *психотерапии* повседневной жизни. При этом мы не можем ограничиваться формами проявления бессознательного, а исходим прежде всего из межличностных отношений и присущих человеку способностей.

Эти предварительные замечания означают для моей концепции «Позитивной психотерапии в психосоматической медицине», что она не будет ограничиваться только этиологическими или патологическими представлениями. Она затрагивает сверх того изменчивое влияние различных сфер жизни пациента. Это происходит не только из теоретических основ целостного подхода, но и из следующего вопроса: *откуда могут появиться ресурсы, которые помогают нам бороться с болезнью, перенести ее, жить с ней и, больше того, развивая до сих пор неведомые способности и непознанные возможности, находить свой личный смысл в этой болезни.*

Для кого предназначена эта книга?

Мой подход состоит из двух частей, из которых одна содержит критерии научной работы и представляет проверяемые даты. Задача другой части — наблюдение пациентов и их семей в качестве целевых групп и организация их самопомощи как интегральной составляющей психотерапии.

В то время как вышедшие ранее в издательстве Fischer-Verlag мои книги *«Психотерапия повседневной жизни»*, *«Торговец и попугай»*, *«Позитивная психотерапия»*, *«Позитивная семейная психотерапия»*, *«В поисках смысла»*, *«Тридцать три и одна форма партнерства»* выдвигали на первый план проблемы воспитания, самопомощи и психотерапии, настоящая книга исследует прежде всего психосоматические вопросы. Здесь представлена базовая модель психотерапевтического лечения психосоматических нарушений.

Важнейшей задачей этой книги является предоставление всей системы и полного объёма путей позитивной психотерапии и ее импульсов для психосоматической медицины и психогигиены; вооружить специалистов различных направлений информацией и практическими рекомендациями. Эта книга адресована всем, кто в какой-либо мере связан со здравоохранением, — врачам, психиатрам, психотерапевтам, семейным терапевтам, психологам, педагогам, и всем заинтересованным — учителям, юристам, руководящим работникам, социальным работникам, воспитателям всем тем, кто не закрывает глаза на межличностные отношения и готов воспользоваться предложениями и ориентирующей помощью.

Руководство для читателей

В следующих главах книги освещаются основы применения позитивной психотерапии в своеобразии ее отношений к вопросам психосоматической медицины. Позитивная психотерапия располагает своей теорией, определяющей возможности применения других методов.

Во II части книги описано 39 заболеваний и расстройств. Каждая глава для лучшего понимания подразделяется на 10 разделов:

1) Позитивное толкование болезни

«Позитивный» (лат. *positum* — ранее данное, действительное) означает здесь исходящий из действительного. Позитивное толкование предполагает, в известной степени, знание о страданиях и недугах, болях, заботах и печалях при болезни. Также сопоставляет его с менее традиционными для понимания и практического подхода к заболеваниям, аспектами болезни: с ее функцией, ее смыслом и, вместе с этим, ее позитивными сторонами. Так, например, *Anorexia nervosa* может быть интерпретирована как «способность обходиться малыми средствами и

разделять тяготы голода в мире» (ср.: ч. II, гл. 1). Аналогично могут быть преобразованы все заболевания и симптомы.

2) Понятия

В этом разделе коротко, но понятно и общедоступно описывается картина болезни.

3) Симптоматика

В разделе «Симптоматика» рассматриваются формы проявления и симптомы заболевания.

4) Транскультурный аспект и эпидемиология

Центральный для позитивной терапии транскультурный аспект описывает относительность понятия болезни, его зависимость от соответствующих культурных рамок. Транскультурные концепции, из которых динамика возникновения конфликта видна особенно отчетливо, является для читателей импульсом к апробированию альтернативного образа мышления. При некоторых (новейших) заболеваниях мы вынуждены ограничиваться данными об их частоте.

Данные по Германии относятся к землям бывшей ФРГ, не включая земель бывшей ГДР.

5) Обзор литературы

Здесь обсуждается концепция позитивной психотерапии на фоне новейших исследований в специальной психосоматике и психотерапии. Так, с одной стороны, происходит актуальный обзор существующих на сегодняшний день направлений и моделей мышления, с другой — вскрываются возможности конструктивного взаимодействия. Объемный указатель литературы в конце книги обеспечивает читателю наряду с контролем цитируемых источников углубление знаний при их изучении.

6) Пословицы и народная мудрость

Чтобы наглядно продемонстрировать значение заболевания, раздел рассказывает об отражении понятий здоровья и болезни в речи, в пословицах и поговорках.

7) Притчи

В своей практике, семинарах и докладах я всегда убеждался, что именно притчи и восточные истории вызывают особый интерес слушателей или пациентов.

Притчи являются для меня картинками в языке. Как таковые, они обеспечивают понимание и имеют главную дидактическую ценность. Многие люди чувствуют себя переутомленными, если они вынуждены оперировать абстрактными психотерапевтическими идеями. Так как психотерапия находится в поле зрения не только специалистов, особая ее задача — быть понятной. Это убеждение привело меня к тому, чтобы образные мысли, притчи и сюжеты использовать для облегчения понимания в терапевтическом процессе.

8) Аспекты самопомощи (психопатофизиология)

Этот раздел стоит в позитивной психотерапии, можно сказать, у истоков терапевтических размышлений, так как пациент — это не только страдающий от болезни и подвергаемый лечению человек, но и центральная фигура в обращении с болезнью. Этот факт предполагает, что пациент и его близкие лично будут информированы о болезни, и именно так, чтобы не создавалось впечатления неизменной участи, бессилия медицины, а чтобы способ описания болезни оставлял возможность для индивидуального выхода и перспектив.

Подход к самопомощи сформулирован так, чтобы терапевт мог доступным языком дать объяснения для пациента и его близких и побудить их к инициативе. При этом с точки зрения психопатофизиологии учитываются четыре элемента:

- а) жалобы и физиология;
- б) актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — ситуация психосоциального напряжения;
- в) базовый конфликт: четыре формы измерений идеалов — условия раннего развития;
- г) актуальная и базовая концепции: внутренняя динамика конфликта.

Таким образом, рассматривается взаимосвязь между предъявляемыми жалобами, ситуацией психосоциального напряжения, условиями раннего развития и внутренней динамикой конфликта.

9) Терапевтический подход

Здесь акцент сделан на мышлении и действиях врача; они определяют содержание процесса, который выражается в пятиступенчатой терапевтической стратегии. Она должна помочь терапевту найти в сфере психосоматической медицины среди овеществленного и инструментального ошибочного понимания болезни доступ к мыслимым возможностям решения и альтернативам. В основе мотивации также лежит необходимость создания стратегии конфликтцентрированной психотерапии, которая была бы по возможности действенной и экономичной. Она подразделяется на стадии наблюдения/дистанцирования, инвентаризации, ситуативного ободрения, вербализации и расширения цели. Эти «5 ступеней» — модель того, как могут использоваться различные психотерапевтические направления: психоа-

налитические, глубиннопсихологические, поведенческие, групповые, суггестивные, медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения.

Для врача пятиступенчатая модель является направляющей, которая помогает ему структурировать лечение. Это и платформа, с которой он может наблюдать лечебный процесс, и помощь в ориентировке, которой он может воспользоваться для корректировки своих собственных терапевтических намерений. С этой моделью он может двигаться в чужом ему мире пациента и его семьи, не рискуя заблудиться.

Пример лечения наглядно демонстрирует эту стратегию. При этом становится понятным, как в зависимости от индивидуальных потребностей больного и его семьи и от образования и опыта врача могут применяться разные психотерапевтические методы, можно привлекать и других специалистов или коллег. В своей практике я провожу глубиннопсихологическое и аналитическое индивидуальное и групповое лечение. Такие мероприятия, как техники релаксации или поведенчески ориентированные стратегии, проводятся моими сотрудниками или другими специалистами в зависимости от состояния больного.

Чтобы дать читателю практические советы, некоторые описания клинических случаев представлены очень подробно (см. ч. II, гл.1 — нервная анорексия и булимия; гл. 4 — страх и депрессия; гл.5 — бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром; гл.9 — сахарный диабет; гл. 17 — кардиофобия и функциональные нарушения ритма; гл.26 — ревматический артрит и «ревматическое» поражение мягких тканей). Остальные клинические примеры изложены в краткой форме по тому же плану, так что читатель легко сможет восполнить терапевтическую стратегию при соответствующей картине заболевания. Одна история болезни описана в I части (психический срыв — Krisenintervention), остальные 39 — во II части (от нервной анорексии до лечения зубов).

Книга написана так, что она может быть использована для обучения и усовершенствования врачей. Кроме того, она может применяться в психологической практике, для консультирования пациентов.

10) Опросник

Этот перечень важнейших вопросов ориентирует терапевта, помогает на модели четырех форм переработки конфликта донести до пациента целостное понимание описанной картины болезни. Здесь открываются новые возможности для мобилизации потенциала человека к самопомощи, так что терапевт с разных точек зрения «человечнее» влияет на пациента и его семью. Возможно, из этого появятся и новые перспективы отношения человека к себе и окружающим. Опросник служит врачу и как документация его деятельности, которая сама по себе или в сочетании с терапевтическими данными может быть статистически обработана

(*Peseschkian, Deidenbach, 1988*). Диагностические ориентировочные вопросы должны быть систематически «обработаны». Ответы могут при известных условиях оцениваться статистически; главной целью при этом все же является усовершенствование терапевтических подходов.

Каково будущее позитивной психотерапии?

Со времен выхода моей первой книги «Тень на солнечных часах: воспитание — самопомощь — психотерапия» (позднее «Психотерапия повседневной жизни», 1974) изложенные в ней в виде набросков размышления о целостной практической психотерапевтической и семейно-терапевтической системе развились и оформились как метод. Предлагаемый подход оценивался на 50 национальных и международных конгрессах и перепроверялся на 18 научных докладах (США, Финляндия, Венгрия, Индия, Канада, Австралия, Иран, Бразилия, Советский Союз, Китай и др.). С 1969 г. я имею разрешение Объединения врачей и врачебной палаты земли Гессен (Hessen) на проведение глубиннопсихологической и аналитической психотерапии. С 1976 г. я занимаю должность доцента в Академии повышения квалификации врачей при Врачебной палате земли Гессен и веду курс психотерапии и психосоматики.

С сентября 1990 г. модель «Позитивная психотерапия и позитивная семейная психотерапия» была официально признана Врачебной палатой земли Гессен в качестве одного из методов психотерапии (так называемый вторичный метод). «Висбаденский курс повышения квалификации по психотерапии и семейной терапии — WIPF» рекомендован для повышения квалификации врачей всех специальностей и был претворен в жизнь. Кроме меня, по этой программе усовершенствования врачей работают следующие специалисты: профессор, Dr. med. S. Goerpert, Фрайбург, направления — медицинская психология, аналитическая групповая терапия; профессор, Dr. med. R. Battegay, Базель, — аналитическая групповая психотерапия и самопознание; профессор, Dr. sc. med. H. Schulze, Берлин, — неврология, психиатрия, психотерапия; Dr. med. C. Gartner-Huth, Элтвил, — неврология, психиатрия, психотерапия; Dr. med. F. Killing, Дармштадт, — терапия, психотерапия, психосоматика; Dr. med. G. Gerhardt, Майнц, — общая медицина, Балинтовские группы; Dr. med. A. Aziz, Аахен, — психотерапия, ведущий Балинтовских групп; Dr. med. H. Orth, Штейнбах, — терапия, психосоматика; Dr. med., дипломированный психолог D. Schon, Регенсбург, — неврология и психиатрия, психотерапия; Dr. phil., дипломированный психолог R. Bohrer, Висбаден, — поведенческая терапия, клиническая психология; дипломированный психолог H. Deidenbach, Висбаден, — поведенческая терапия, гипноз, релаксационные техники.

Критика и взаимодействие

Традиционную медицину и психотерапию можно описать по трем критериям: а) психопатологический процесс, имеющий целью устранить заболевания, нарушения и конфликты; б) многообразие методов, которые часто похожи; в) пассивная позиция пациента. Позитивная психотерапия с ее тремя аспектами: позитивный процесс как реакция на психопатологию, содержательный процесс как медиатор для совместной работы различных специальных дисциплин, пятиступенчатая модель самопомощи и терапии для активизации пациента, — стремится расширить традиционный подход. В понятие самопомощи входит решение конкретных проблем:

- Как я обращаюсь со своим депрессивным или шизоидным партнером?
- Как я веду себя по отношению к моему тревожному ребенку?
- Как я веду себя по отношению к моему несправедливому шефу? и др.

В моей книге «Позитивная психотерапия» я представил различные терапевтические процедуры (психоанализ, поведенческая терапия, индивидуальная психология, аналитическая психология, логотерапия, недирективная психотерапия, гештальттерапия и т.д.), возможности их интерпретации и пути взаимодействия между разными специальными направлениями.

С самого начала моей работы в 1969 г. у коллег постоянно появлялись критические замечания. Среди прочих они часто касались трех аспектов:

- 1) насколько эклектична модель, и можно ли связывать воедино различные методы;
- 2) в какой степени практикуемая много конфликтцентрированная краткосрочная терапия ведет к переструктурированию личности;
- 3) можно ли объяснить содержательный процесс с точки зрения глубинной психологии.

К первому: большое число предложенных на сегодняшний день терапевтических методов в такой степени не соприкасаются друг с другом и даже противоположны один другому, что взаимодействие их невозможно. Эту ситуацию можно преодолеть только тогда, когда отдельными методами и теоретическими подходами будет признано соответствующее значение метатеории.

Такую метатеорию я попытался создать в форме позитивной психотерапии. Многообразие включаемых в нее методов могло у некоторых коллег создать впечатление эклектизма. Во всяком случае этот эклектизм систематического рода, а не просто нанизывание методов друг за другом. Четко установлено, почему, когда и какой метод может быть применен для психотерапии. Кажущийся эклектизм является, таким образом, ответом на многообразие расстройств и индивидуальных возможностей их переработки, каждая из которых нуждается в своем особом лечебном средстве. Если такое положение вещей проигнорировать, следствием бу-

дет то, что отдельные заболевания и группы пациентов, которым не в состоянии помочь узкие теории, оказываются закрытыми для психотерапевтической службы. Именно это делает необходимым комплексный подход с учетом различных форм терапии с их многообразными диагностическими возможностями. Здесь мы сталкиваемся со своевременной тенденцией, т.е. со стремлением навести междисциплинарные мосты и исследовать коммуникативные возможности школ (взаимодействие физики и медицины, психологии и общественных наук, применение групповой и индивидуальной терапии).

Разносторонность нашей проблематики требует разносторонности метода, который смог бы учесть все эти проблемы. Психологические исследования в области культуры показали, что везде, где не учитывается временной аспект, дело доходит до фиксации неадекватных попыток искажения реальности — в политике, науке и религии. Хотя обычно научная деятельность ведет к новым познаниям, именно в ней мы нередко обнаруживаем фиксации догматических постулатов, которые обращены против новых, своевременных открытий. В психосоматике и психотерапии это тоже давний спор между методами. Некоторые такие исторические события я уже описывал в своей книге «В поисках смысла» (*Peseschkian*, 1983, S.82 —88).

Упрек в «эклектизме» с межкультурной точки зрения приобретает иное значение. Так, профессор А.Н.Леонтьев (факультет психологии в Москве) в своем последнем интервью (*Зинченко*, 1989, с.76 —90) сказал: «В США появилась работа одного советского психолога, и, между прочим, сказано, что при изложении материала он был «предельно эклектичен». Александру Лурия и мне пришлось утешать обиженного автора и убеждать его, что издатель хотел на свой манер похвалить его, что в его устах «эклектизм» означает то же, что и «широта кругозора» и способность принимать во внимание одновременно различные учения, и что его замечание, следовательно, было комплиментом».

Ко второму: Моя цель — синтез динамики конфликта, как она понимается в психоанализе и глубинной психологии, с методиками поведенческой терапии. Содержательный процесс редуцирует языковые барьеры и повышает потенциал пациента к самопомощи. Профессор *Langen* из Майнца, который очень поддерживал меня в моей работе, внес большой вклад в развитие краткосрочных методов терапии. С 1988 г. методы краткосрочной терапии стали оплачиваться больничными кассами. Эффективная помощь пациентам предполагает на сегодняшний день, что коллеги разных специальностей будут владеть краткосрочными методами терапии. В течение многих лет я мог наблюдать, как сотни встреч врача с одним и тем же больным не приводили к успеху.

Содержание конфликтов воспроизводит их топографию. Этот конфликт имеет составляющие, проявляющиеся в особенностях личности, и составляющие, которые возникают в процессе межличностного взаимодействия. Те и другие

взаимосвязаны друг с другом и являются двумя аспектами, конфликт между которыми может быть описан.

Мы старались так же, как изучается анатомия и топография человеческого тела, объяснить психологически и социально значимые моменты человеческой жизни и переживания. Речь идет о том, как

- взаимодействуют эти психические инстанции между собой,
- какие закономерности присущи им в душевной и межличностной сферах,
- какова динамика их развития.

Здесь мы выделяем четыре ключевых момента:

- а) Психодинамика в узком смысле, т.е. внутриличностная организация протекания конфликта.
- б) Социодинамика, т.е. взаимные процессы, в которые вовлекаются личности.
- в) Социогенез, т.е. развитие групповой традиции, которое находится под переменным влиянием импульсов членов группы.
- г) Психогенез, т.е. индивидуальные условия развития, которые ведут к определенному содержанию конфликта и структуре личности.

С 1969 г. я провожу глубиннопсихологическую и аналитическую психотерапию. Были сопоставлены многие сотни мнений. За исключением нескольких опрошенных, ни в одном случае не было серьезной проблемы. По этому поводу один из проводивших опрос специалистов сказал: «У меня сложилось убеждение, что применяемая им [д-ром Пезешкианом] форма психотерапии выполняет такую функцию, которая соответствует критериям глубиннопсихологической психотерапии..., создаются предпосылки для многообещающего применения вскрывающей проблемы формы психотерапии...» Профессор, доктор Marga Rothe (Гейдельберг, 1989) написала о позитивной психотерапии: «Общим знаменателем, итогом Вашей краткосрочной терапии — допустить взгляд назад настолько, насколько это необходимо, и расширить взгляд вперед как можно больше...»

Благодарность

Коллег и пациентов я благодарю за познания, которыми они способствовали моей психотерапевтической и психосоматической деятельности. Анализ конкретных случаев возник в результате моей психотерапевтической работы в индивидуальной, семейной и групповой терапии. Конечно, даты и имена изменены, чтобы сохранить анонимность. С целью передать оригинальность устные и письменные рассказы пациентов воспроизведены в основном дословно. Представление конкретных случаев не являлось самоцелью: в большей степени они служат для лучшего понимания теории и практики позитивной психотерапии в психосоматической медицине.

Вдохновляющим импульсом была для меня реакция специалистов и читателей на мои предыдущие публикации. В целях междисциплинарного взаимодействия некоторые статьи этой книги еще до ее издания я послал коллегам различных специальностей, которые ответили мне ценными откликами: Prof., Dr.med. K.Jork (Франкфурт), Dr.med. H.Opth (Штейнбах), Prof., Dr.med. H.Schulze (Берлин), Dr.med. F.Killing (Дармштадт), Prof., Dr.med. J.Eichler (Висбаден), Prof., Dr.med. R.Battegay (Базель), Prof., Dr.med. M.Rothe (Гейдельберг), г-н W.Kohler (Франкфурт); венгерские коллеги: Dr.med. B.Buda, Prof., Dr.med. J.Furedi, Prof., Dr.med. K.Ozsvath, Prof., Dr.med. J.Szilard, Dr. G.Takach и Prof., Dr.med. S.Li (Пекин), Dr.med. M.Nieuwenhuizen (Колумбия, США), кандидат психологических наук Д.А.Леонтьев (Москва), Dr. P.Bos (Чехо - Словакия).

Моему сотруднику, дипломированному психологу и поведенческому терапевту, г-ну H.Deidenbach (Висбаден) я благодарен за критические замечания и связанные с ними ценные советы, а также за подготовку рукописи книги и помощь, которую он мне оказал в нашей совместной работе. Д-ра г-жу R.Bohrer, дипломированного психолога и поведенческого терапевта (Висбаден), я благодарю за кропотливый подбор пословиц, данных литературы и содержательного анализа самопомощи. Мой коллега, Dr.med. D.Schupp (Регенбург), дал мне поистине ценные советы. Мою сотрудницу, г-жу D.U.Krebs (Висбаден), я благодарю за большую помощь и всестороннюю поддержку при введении текста в компьютер и его окончательное оформление. Мою особую благодарность приношу издательству Springer-Verlag в Гейдельберге: г-же M.Michel и г-дам Prof., Dr.med. T.Graf-Baumann, F.Wolter, H.Matthies и L.Picht.

Моя супруга, г-жа Manije, семейный психотерапевт, мои сыновья, Hamid и Nawid, занимающиеся неврологией, психиатрией, в том числе и детской психиатрией, всесторонне поддерживали меня в моей работе над этой книгой.

Я хотел бы выразить особую благодарность своему сыну д-ру Hamid, принимавшему живейшее участие в осуществлении наших проектов публикации этой книги на русском языке.

Я глубоко благодарен ему за тот интерес, который он проявляет к проблемам психосоматики и смежным с нею областям, живя со своей семьей в России и по-сильно способствуя приумножению опыта в данной области, что может служить определенной вехой в развитии метода позитивной психотерапии и межкультурной психотерапии в России.

Висбаден, январь 1991 г.
Д-р Носсрат Пезешкиан

2. Психосоматика на Востоке и Западе

*Кто познал себя и других, тот поймет,
что Восток и Запад неразделимы.
(Гете)*

Притча в напутствие «Легкое лечение»

Племянник одного правителя тяжело заболел. Все врачи страны уже потеряли надежду на его излечение. Никакие лекарства не помогли. Поскольку врачи ничего не могли сделать, то правитель согласился, чтобы больного осмотрел Авиценна, которому тогда было всего 16 лет. Когда Авиценна вошел во дворец, все были поражены его смелостью, так как он решился помочь больному, несмотря на то, что все мудрецы страны признали свое бессилие. Авиценна увидел больного, худого бледного юношу, распростертого на ложе. На вопросы юноша не отвечал, а его родственники объяснили, что он уже некоторое время не произносит ни слова. Авиценна исследовал его пульс и долго держал его руку. Наконец, он задумчиво поднял голову и сказал: «Этот молодой человек нуждается в особом лечении. Мне нужен тот, для кого этот город родной, кто хорошо знает все его улицы и переулки, все дома и всех людей, живущих в них». Все были удивлены и спрашивали: «Что общего может иметь лечение больного с улочками нашего города?» Но, несмотря на свои сомнения, они повиновались желанию Авиценны и послали за человеком, который, как было известно, знал город как свои пять пальцев. Авиценна попросил его: «Назови мне все кварталы города». При этом его рука была на пульсе больного. Когда был упомянут определенный квартал, Авиценна почувствовал, что пульс вдруг участился. Тогда он попросил перечислить все улицы этого квартала, до тех пор, пока пульс больного снова не ускорился при произнесении названия одной из улиц. Затем Авиценна попросил называть все переулки, расположенные вокруг этой улицы. Человек называл все переулки один за другим, пока вдруг название одного малоизвестного переулка не вызвало учащение пульса у больного. Довольный этим, Авиценна велел: «Приведите ко мне человека, который может назвать все дома в этом переулке и их жителей». Его Авиценна попросил перечислять все дома, и пульс больного указал на тот, который был нужен. Когда человек стал перечислять живущих в этом доме людей, то упомянул имя одной девушки. Сердце больного немедленно начало колотиться. Наблюдательный Авиценна произнес: «Очень хорошо, все ясно. Мне теперь известна болезнь юноши, и его очень легко вылечить». Он встал и сказал присутствующим, которые смотрели на него в изумлении: «Этот юноша страдает от любви, в этом причина его недуга. Он влюблен в девушку, чье имя вы только

что слышали. Идите, найдите ее и добейтесь, чтобы она стала его невестой». Больной, который слушал слова Авиценны с большим вниманием и волнением, покраснел от смущения и спрятался под одеяло. Правитель объявил девушку невестой племянника, и юноша выздоровел в течение часа. (Моулана, персидский поэт, 1248-1317 гг.н.э.).



Рис. 1. Легкое лечение (из: *Peseschkian*, 1977 b, S. 232)

Авиценна искал причину уныния наследного принца очень необычно и все-сторонне. Он не полагался на симптом в своих размышлениях над этой причиной, а начал перечислять районы и улицы города, определяя их психосоматически-функциональное значение. Тем не менее, Авиценна оставался во власти стереотипа мышления своего времени: кроме несчастной любви тогда почти не было других причин для тоски.

Если бы принц был обеспокоен социальной несправедливостью в его стране, своей неспособностью справиться с поставленными перед ним задачами или думал и печалился бы о бессмысленности своих жизненных планов, Авиценна не смог бы помочь своим методом обследования. Он применил бы тогда неверный ход или стоял бы на ложной позиции.

Со времен народных психотерапевтических методов древнего Востока в психотерапии многое изменилось. Постоянно систематизируется и ставится на научную основу подход к душевным проблемам и неадекватному поведению человека. Функции учения дифференцировались, вскрываются динамика личности и включение ее в социальные взаимодействия.

Знания психосоматической медицины — хотя и не систематизированные — не являются единственным проявлением современности, которое отражено в древневосточных притчах. Они характеризуют терапевтический подход, который приобрел свое место и научную систематику в новое время.

Впечатляющим в терапевтическом методе Авиценны является дискурсивный подход. Он не обращался к пациенту, чтобы тот что-то говорил, он не давал никакого средства, которое могло бы поддержать его, а мобилизовал все его возможности, перечисляя все улицы города: он как бы очертил «провоцирующий фактор болезни». То, что причиной болезни этого молодого господина оказалась несчастная любовь, в меньшей степени является характеристикой психосоматического заболевания, чем проявлением предпочтения Древнего Восточного мира в этой области, так же как в наше время выступает стресс, то, что обычно подразумевается под ним, душевная причина соматических заболеваний.

Что встречается и в прошлом, и сейчас, это скептическое недоверие к нетрадиционным методам. Логика действий традиционной терапии очень проста: боль, например, должна быть «устранена». Если причины боли не могут быть найдены, тогда лечится просто симптом, и этим заканчивается все лечение. Вопрос о том, какое значение имеет эта боль, на какие расстройства в соматически-душевном организме она указывает, какие возможности предвещает на будущее и какие шансы открывает, обычно остается неведомым. Это происходит так, как будто симптом, знак болезни, находится в луче света. Только симптом видим как фигура, его фон теряется в темноте ночи. Симптом приобретает при этом небывалое очарование, в то время как способности, все прочее вокруг симптома остаются незамеченными, как муравьи на черном камне. Отсюда появляется неуверенность, которая исчезает, когда мы из света симптома болезни устремляемся к непознанным или трудно познаваемым способностям.

Так же, как Авиценна нуждался в знатоке местности, который хорошо ориентировался в плане города, его кварталах и улицах, знал дома и живущих в них людей, нам необходим план, который поможет наряду с имеющейся позитивно определенной симптоматикой увидеть и имеющиеся позитивные способности. При помощи этих способностей можно выявить новые возможности решения, которые в свою очередь способствуют устранению причин болезни или — если это невозможно — облегчению восприятия болезни и большего терпения к неприятностям терапии.

Такой образ мышления не противоречит традиционному научно обоснованному медицинскому мышлению, а лишь дополняет его. Это дополнение, имеющее

целью целостный диагноз, становится тем важнее, чем больше специализируется медицина, все более дифференцируя лечение человека и почти теряя из виду его самого.

Пренебрежение этим развитием и воспоминания об «универсальном» семейном враче прошлых лет вовсе не являются ностальгией. Ведь прогресс медицины, рост технических и фармацевтических возможностей означают и рост уверенности и шансов больного. Интенсивность, с которой врач устремляется в специальную область и в которой реализует свою компетентность, может в то же время означать, что многие важные факторы, характеризующие этиологию или проявления заболевания, а также важные для выздоровления моменты, могут упускаться из виду. Вот один пример из практики:

Пациентка 32 лет жалуется на страхи, желудочные расстройства, головные боли, тревожность и боли в плечевом поясе. Лечение началось с симптоматической терапии желудочных расстройств. После некоторого перерыва было проведено физиотерапевтическое воздействие по поводу нарушений со стороны плечевого пояса под контролем ортопеда. Депрессия и страхи лечились психиатром при помощи транквилизаторов и антидепрессивных средств. Головные боли заставили пациентку обратиться к невропатологу, который поставил диагноз невралгии тройничного нерва. С этим диагнозом она наблюдалась в течение двух лет, пока, наконец, не была направлена терапевтом на психотерапевтическое лечение. Здесь выяснилось, что все симптомы происходили от душевного конфликта, который имел соматические проявления.

Этому конфликту соответствовали следующие внешние события: смерть любимого брата, супружеские проблемы и потеря работы. Пациентка вытеснила этот конфликт, реагируя своими симптомами; и в этой реакции она находила поддержку у лечивших ее врачей. Только интересовавшийся психотерапией терапевт смог разглядеть истинную причину симптомов больной и обеспечил ей успешное излечение от болезней.

Вывод. Цель этой работы, посвященной психосоматической медицине в позитивной психотерапии, — разработка модели, которая послужила бы ориентирующей и структурирующей помощью в поисках целостного диагноза для больного, т.е. такого диагноза, который включает не только симптомы и их причины, но и промежуточные причины, проистекающие из жизненной ситуации, семьи, субкультуры и культуры. В соответствии с этим, модель должна вскрывать здоровые аспекты, ресурсы для лечения или способности и энергию для преодоления болезни и неблагоприятной жизненной ситуации.

Модель позитивной психотерапии в психосоматике не ограничивается психосоматическими заболеваниями в узком смысле, т.е. такими, при которых существует первичная реакция организма на конфликтные переживания, в результате

чего в дальнейшем развивается органопатологическое состояние. Эта модель включает также все соматические и психические заболевания и может, таким образом, найти применение как ориентирующая помощь, диагностическое средство и терапевтический метод во всех медицинских специальностях. Это утверждение может показаться поначалу самонадеянным; однако оно становится понятным, когда мы показываем, что при любой болезни мы лечим в конечном итоге всего человека, даже если и не даем себе в этом отчета. Цель этого — настолько осознать эту мысль, чтобы она руководила каждым нашим врачебным действием.

Если проанализировать соответствующим образом существующие разногласия в области психотерапии соматических и душевных страданий, то можно установить основную закономерность — односторонность, которая может рассматриваться как утрата единства:

- ослабление и распад брака и внушающий опасение разлад в семейной жизни,
- тревожный рост различных душевных заболеваний,
- постоянно растущая преступность и насилие,
- еще более опасно распространяющийся в мире алкоголизм,
- беспримерно растущее злоупотребление лекарствами и действие этого на душу и разум токсикоманов,
- расовые конфликты,
- коррупция и взяточничество в правительстве, политике и экономике,
- опасность мировой войны,
- безумная гонка в создании «все лучшего» оружия уничтожения, отравляющего атмосферу и уничтожающего города,
- необходимость ограничить вооружение до требований безопасности и совместно со всеми нациями обеспечить мир в мире,
- отказ религии от решения личных и социальных проблем,
- растущая угроза атеизма (ср.: ч.1, гл.5 — аспекты мирового кладбища и мира в мире).

Этот пример показывает, как важно преградить путь болезни и спросить о том, как относится пациент к своему будущему, какие у него ожидания, надежды, уверенность и страхи, прежде чем разовьется симптоматика.

Такой процесс, с одной стороны, предоставляет терапевту возможность постановки всеобъемлющего диагноза и вместе с этим возможность расширенного подхода к пациенту, что непосредственно проявляется на отношениях его с врачом. С другой стороны, пациент и его семья получают возможность познать себя с новой стороны, обнаружить неиспользованные, односторонне развитые или подавляемые до сих пор способности и, таким образом, найти новые пути изменения жизненной ситуации.

Как Вы считаете?

Да/Нет

Мир во всем мире и совместная деятельность народов являются очередным шагом в развитии этой планеты?

Человек нуждается в воспитании и образовании, чтобы улучшить свои условия жизни и развить свои способности?

Национальные, расовые, классовые, религиозные предрассудки препятствуют установлению мира и должны быть устранены?

Полное равноправие между мужчиной и женщиной — это важнейшая предпосылка мира?

Образ безнадежно эгоистичного человека устарел?

Вопиющее различие между бедностью и богатством является основой для нестабильности положения в мире?

Непонимание и ограниченность личных интересов препятствуют отношениям между людьми в мире?

Наши дети имеют естественное право на мир и сохранение природы?

3. Модель конфликта в позитивной психотерапии применительно к психосоматической медицине

*Опыт — это учитель,
уроки которого стоят очень дорого,
но никто не учит лучше, чем он.*

(Thomas Carlyle)

Притча «Меткое слово»

Один повелитель из древних времен размышлял над вопросами жизни. Поскольку его интересовала сущность добра и зла, он приказал своему слуге принести те органы, которые были бы лучше, прекраснее и ценнее всех. Слуга принес сердце и язык зверя. Господин посмотрел на органы, подумал о их смысле и на этот раз послал слугу принести отвратительнейшие и худшие органы. Тот пошел и снова принес сердце и язык. Повелитель удивленно взглянул на своего слугу: «Ты приносишь сердце и язык как лучшие органы, но в то же время и как худшие, почему?» Слуга уверенно ответил: «Если то, что чувствует и думает человек, идет от чистого сердца и язык говорит только честно, в таком случае сердце и язык — ценнейшие органы. Человек, которому они принадлежат, чувствует себя здоровым и счастливым. Если же сердце закрыто и скрывает свои чувства, а язык говорит лживое и несправедливое, то оба органа становятся истинным наказанием для человека, которому они принадлежат. Раздор, который они исторгают вовне, заполняет его и изнутри, и счастье отворачивается от него».

Развитие позитивной психотерапии с позиции транскультурного подхода

Современная ситуация в психотерапии требует развития методов, которые были бы и эффективны, и экономичны. При этом речь идет не только о том, чтобы пополнить многообразие теорий, методов, концепций и способов, но и об основном расширении. В то время как многие существующие психотерапевтические методы исходят из позиции нарушения или болезней, превентивная медицина и психотерапия нуждаются в ином образе действий, при котором вместо расстройств исходной точкой служат возможности развития и способности. Если эти способности отстают в своем развитии, игнорируются или формируются односторонне, это приводит — скрыто или явно — к повышенной готовности к конфликту.

Будучи сам в транскультурной ситуации (Восток и Запад), я обратил внимание, что многие поступки, привычки и установки в различных культурных кругах часто оцениваются по-разному. Например, в Германии принят девиз: «Все, что на столе, должно быть съедено». Вежливым здесь считается сделать молчаливый

комплимент хозяйке и ее кухне, не оставив ничего на тарелке. Во многих восточных культурах, наоборот, лучшей манерой считается оставить часть еды. Это не означает, что одни вежливее других, в конце концов, обе культурные традиции имеют представление о вежливости. Аналогичным образом культурнообусловленной относительностью характеризуются и другие психосоциальные нормы, симптомы и сами заболевания. Данный пример представлен в табл. 1

Таблица 1

Концепция	Западная	Восточная
Болезнь	Если кто-то болен, то должен находиться в покое. Его мало кто посещает. Посещения воспринимаются как социальный контроль.	Если кто-то заболел, его кровать тут же выставляется в жилую комнату. Больной становится центральным объектом событий и посещается родственниками и друзьями. Отказ от посещения считается оскорблением.
Смерть	«Просим воздержаться от сочувственных визитов», «Я сам должен справиться со своей судьбой», «Теперь я один должен вынести все это горе».	С 8-го по 40-й день родственники, друзья, знакомые посещают семью умершего, что является выражением известной мудрости: «разделенное горе — полгоря».

Транскультурный аспект красной нитью прослеживается во всей концепции позитивной психотерапии и психосоматики. Мы уделяем ему особое внимание, потому что взгляд с межкультурных позиций способствует лучшему пониманию индивидуальных конфликтов. Помимо этого, такой подход имеет огромное социальное значение: проблема иностранных рабочих, помощь развивающимся странам, сложности, возникающие при общении с представителями других культурных систем, межнациональные браки, предрассудки и их преодоление, альтернативные подходы, которые соответствовали бы различным культурным рамкам. В этой связи могут рассматриваться также политические проблемы, проистекающие из транскультурных взаимоотношений.

К тому же я постоянно убеждаюсь, что многие притчи, истории, народная мудрость, будь они восточные или западные, издавна выполняют две функции: они служат общению, и в то же время — это способ народной психотерапии. Эти функции я стараюсь использовать в психосоматической медицине. Хорошим примером служит притча «Меткое слово», характеризующая такие психосоциальные нормы, как учтивость и прямота.

Народные пословицы и крылатые выражения также отражают психосоматические взаимосвязи, например: «Человек, тебя, быть может, удивит, что у последней рубашки нет карманов; то, чем можно блеснуть в отечестве, должно начинаться дома; человек богат, когда ему хватает; если ты что-то можешь, тогда ты что-то из себя представляешь, если ты что-то сэкономишь, тогда ты что-то приобретешь; лучше крысы в подвале, чем родственники в доме; после меня — хоть потоп; заниматься самоедством; перебить аппетит; земля ушла из-под ног; жизнь его сломала; изойти желчью; волосы встали дыбом; испытывать чье-то давление; кипит кровь; ломать себе голову; это ударило ему по желудку; это у него в крови; ничего не слышу, ничего не вижу; потерять дар речи; меня выворачивает наизнанку» и др.

Привлекательность транскультурного подхода на основе различий между Востоком и Западом еще более усилилась, когда я помогал своим родственникам и друзьям, которые приезжали в Европу за медицинским советом. При этом мне, как «переводчику между мирами», бросилось в глаза то, что диагнозы и терапия специалистов мало соответствовали жалобам больных и их страданиям. У меня возник вопрос, почему врачи лечат только тело, хотя по всем проявлениям причина несчастья была в душе? Точно так же заметил я разногласия между мнениями моих коллег о лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выяснилось, что терапия существенно зависит от специализации врача, но не от физического или душевного состояния больного.

Есть еще и третий путь, который показывает различность образа мышления в восточной и западной культурах. Воспитанный моими родителями в вере Бахаи, я все-таки посещал в Тегеране католическую школу. Уже здесь я почувствовал влияние различных миров. Усвоивший терпимость религии Бахаи, я поставил перед собой вопрос, как возникают у людей предрассудки.

Подобные размышления обратили мое внимание на значение таких психосоциальных норм для социализации и возникновения межличностных и внутриличностных конфликтов. При этом я обнаружил, исходя из психотерапии, что как у восточных, так и у европейских и американских пациентов, они сводятся, в зависимости от симптомов конфликта, к ряду повторяющихся способов поведения. Затем я попробовал выделить эти поведенческие нормы и получить представление о подобных феноменах. Похожие понятия были объявлены и, наконец, был составлен список, с помощью которого можно было описать содержательный компонент центральных конфликтных сфер. То, что в воспитательном и психотерапевтическом секторе представлялось как конфликтный потенциал и направление развития, я обнаружил в сфере морали и религии в нормативном смысле как добродетель.

Модель конфликта в позитивной психотерапии (краткая форма)

а) Актуальный конфликт

Жизненные события (*«Life events»*, как, например, изменения в профессиональной деятельности, переселение, чья-то смерть и др.) и *микротравмы* (накапливающиеся события, как, например, непунктуальность партнера, опоздание поезда, ненадежность и несправедливость сотрудника) сочетаются в личности одного человека в их физическом, социальном и духовном измерениях (вопросы о 10 событиях последних 5 лет). В этом сочетании внешних перегрузок и личностно детерминированных возможностей и способностей для переработки этого напряжения возникает актуальный конфликт.

Научные исследования показали, «что в несколько различающихся культурах совершенно одинаковые психические процессы в социальной сфере известны и классифицируются как стресс». Так, одна американская исследовательская группа (*Holmes & Rahe, 1967; Rahe, 1969*) опросила в различных странах, таких как США, Швеция, Голландия и Япония, репрезентативную часть населения о том, какие события они считают наиболее тяжелыми. Поразительным результатом были практически не отличающиеся оценки в различных странах и культурах, и расположились они примерно по такому ранжиру:

1. Смерть супруга	100	9. Усыновление ребенка	45
2. Развод	73	10. Уход на пенсию	45
3. Разлука супругов	65	...	
4. Тюремное заключение	63	38. Изменение ритма сна-бодрствования	16
5. Смерть одного из близких родственников	63	39. Изменение в составе семьи	15
6. Травма или болезнь	53	40. Изменение привычек в еде	15
7. Свадьба	50	41. Каникулы	13
8. Увольнение с работы	47	42. Рождество	12
		43. Небольшие нарушения закона	11

Шкала стрессовых факторов указывает на то, «что существуют события высокой стрессовой интенсивности и такие, которые в общем воспринимаются как малообременительные. В то же время считается, что неожиданные события вызывают существенно более сильный стресс, нежели предвиденные. Наконец, решающим является то, действует ли стрессор однократно или сохраняется длительно и таким образом ведет к возрастающей нагрузке» (*Heim, 1989*).

На рубеже тысячелетий Sabshin (1990) предвидит в американской психиатрии «концентрацию внимания на вопросе, как сохраняет человек свое здоровье во время различных фаз своего развития и по мере возрастающих нагрузок».

б) Актуальный и базовый конфликт

Специфическое взаимодействие актуального и базового конфликта описывается в позитивной психотерапии следующей моделью: исследуемые в дифференциально-аналитическом опроснике (ДАО, ср. ч. 1, гл. 4) и в *Висбаденском опроснике к методу позитивной психотерапии и семейной терапии* (WIPPF; *Reseschkian, Deidenbach, 1988*) способности, ценностные установки, концепции и готовность к конфликту (первичные способности как проявление способности к любви, вторичные - как выражение способности к познанию) усугубляют внешние события и аффективно окрашивают их на фоне биологически - биографической данности.

Во всех культурах актуальные способности начинают формироваться уже во внутриутробном периоде. Они проявляются во все жизненные периоды и этапы, отражаются и в реакциях на события последних 5 лет как приобретенные за время развития установки. В рамках терапии возможно достичь только частичной регрессии (например, в отношении верности, справедливости или бережливости). Часто при таком содержании процесса структурирование личности излишне.

в) Ключевой конфликт

Предпосылки для этого — упомянутые направления развития базовых способностей (4 сферы способностей к познанию и любви) в их индивидуальной форме: как результат формируются готовность к поступкам и образ поведения с их аффективным и эмоциональным компонентами, которые вливаются в определяемую как ключевой конфликт дихотомию *учтивость — прямота*:

- *учтивость* означает способность быть внимательным, подчиняться, говорить «Да» ценой интуитивного отказа и эмоциональной реакции *страха* (ср.: ч. II, гл.26: «Как спрашивают об *учтивости*?»);
- *прямота* как способность открыто выражать потребности, стоять за себя и утверждать себя определяет сопутствующий риск *агрессии* (ср.: ч. II, гл.5: «Как спрашивают о *прямоте*?»).

Этот ключевой конфликт мы считаем центральной «точкой включения», где решается дальнейшее направление переработки конфликта.

В нашей модели мы рассматриваем ключевую точку *учтивость — прямота* как самое уязвимое место для следующей схемы возникновения симптома: реакциям *учтивости* соответствует в эндокринном и медиаторном механизмах ЦНС реакция *страха*; реакциям *прямоты* соответствует в ЦНС *агрессия* (рис.2).

г) Нейрофизиология

В этих событиях принимает участие весь организм, в особенности гормональная и вегетативная нервная система. В эмоциональных процессах задействованы

как центральные (таламус, лимбическая система, структуры активации и вознаграждения), так и периферические структуры (катехоламины, гормоны коры надпочечников, вегетативная нервная система). Нейропептиды (например, гормоны гипофиза и гипоталамические пептиды), продуцируемые эндокринными клетками и эндокринными железами гормоны в узком смысле слова, а также продуцируемые центральными и периферическими нейронами медиаторы используются как сигнальные вещества. Так могут возникать функциональные нарушения и так называемые «Locus minoris resistentiae».

Процессы обмена между различными стадиями этой модели должны представляться динамичными и функционировать при постоянной обратной связи, которая может влиять, как индуцируя конфликт, так и редуцируя его. Например, такая саморегулирующаяся система может усиливать воздействие микротравм на субъективные границы перегрузок (невротические навязчивости). С другой стороны, система постоянной обратной связи определяет возможность терапевтического воздействия.

Техника лечения, основанная на теории возникновения заболеваний

Ядром терапевтического вмешательства в позитивной психотерапии и семейной терапии является пятиэтапная стратегия лечения. Точка ее терапевтического приложения — актуальные и базовые способности. При этом мы исходим как из расстройств, так и из имеющихся в то же время способностей человека. Цели терапии формулируются индивидуально, их содержание определяется следующими моментами:

а) Позитивный процесс

Здесь делается попытка не упустить из внимания все возможности, как расстройства, так и способностей. Так, например, зададимся вопросом, какие преимущества имеет застенчивость? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что я боюсь или у меня депрессия?

И заболевания могут интерпретироваться позитивно:

Агрессивность: способность реагировать на что-либо спонтанно, эмоционально и расторможено.

Алкоголизм: способность с помощью алкоголя временно сделать конфликт переносимым.

Амбивалентность: способность не принимать окончательного решения.

Депрессия: способность реагировать на конфликты с глубокой эмоциональностью.



Дифференциально-аналитический опросник (ДАО)
Актуальные способности – базовые способности

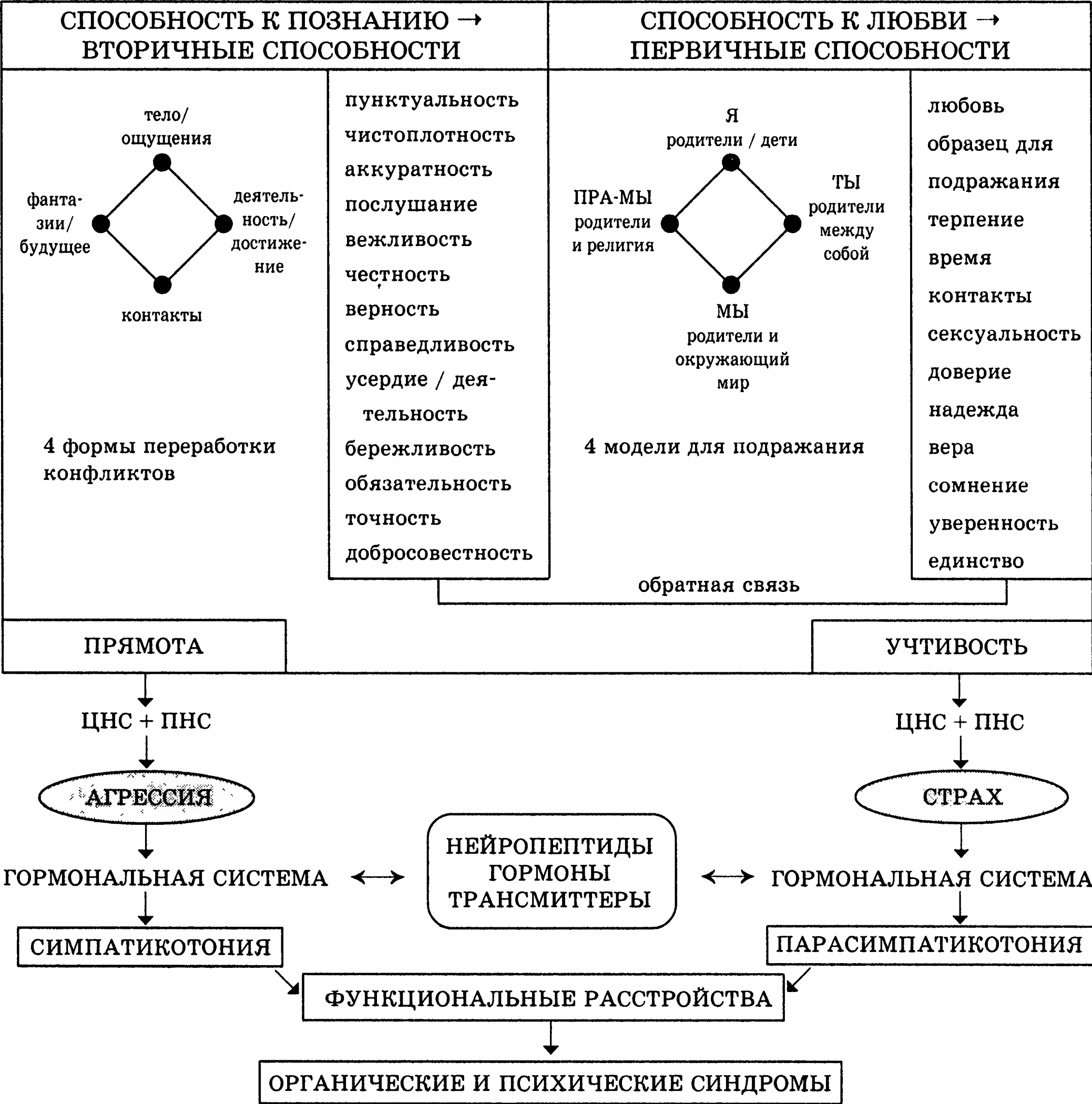


Рис. 2. Модель конфликта в позитивной психотерапии

Застенчивость: способность сдерживать себя и действовать по своему убеждению: если я не буду подвергать себя опасности, то мне нечего будет бояться быть задетым.

Инфаркт миокарда: способность принимать близко к сердцу нагрузки и факторы риска.

Клептомания: способность находить что-то, прежде чем другой это потеряет.

Лень: способность избегать требований достижения.

Мазохизм: способность дать возможность партнеру наслаждаться.

Мания: способность испытывать «море по колено», ощущать себя «всемогущим» и не обращать внимания на мелочи жизни.

Нарушение потенции: способность отстраниться от конфликтной сферы сексуальности.

Нарциссизм: способность любить самого себя и переживать свои собственные мнимые слабости позитивно.

Невроз навязчивых состояний: способность осуществлять что-либо с чрезвычайной точностью, добросовестностью, пунктуальностью и последовательностью.

Нервная анорексия: способность обходиться малыми средствами. Способность разделить тяготы мирового голода.

Ночное недержание мочи (энурез): способность плакать нижней половиной тела.

Ожирение: способность доставлять удовольствие и восполнять дефицит внимания при помощи еды. Акцентирование ощущений, таких как вкус, эстетика блюд, широта взглядов в отношении продуктов питания.

Паранойя: способность видеть себя центром мира и его тайных сил.

Преждевременная эякуляция: способность быстро достигать цели.

Психосоматические симптомы: способность языком органов говорить о том, что в данный момент нет других средств справиться с конфликтом.

Распущенность: способность игнорировать принятые нормы или противостоять им.

Ревность: способность любить без того, чтобы своим поведением заслуживать любовь к себе.

Садизм: способность принимать активную роль.

Страх одиночества: потребность быть в обществе других людей.

Стресс: способность и приспособление организма к новой ситуации.

Упрямство: способность сказать нет.

Фиксация: способность придерживаться твердых установок и поведения.

Фригидность: способность сказать «нет» своим телом.

Шизофрения: способность отделить невыносимые сферы своего Я и заменить неудовлетворяющий окружающий мир фантастическим внутренним миром.

Экзистенциальная тревога: способность готовиться к будущему и не поддаваться иллюзии безопасности.

б) Содержательный процесс

Зачастую к заболеваниям ведут не большие события, а постоянно повторяющиеся маленькие душевные травмы, которые в конце концов формируют характер, особенно восприимчивый к отдельным конфликтам. Если, например, мать изо дня в день ругает ребенка за неаккуратность, это не помогает им обоим. В этом случае матери следовало бы разобраться, как формируется поведение ее ребенка в отношении поддержания порядка, было бы проще ей осознать, что существуют различные точки зрения на аккуратность. Для ребенка в свою очередь было бы лучше, если бы его не только критиковали, но и объяснили и показали, чего от него хотели бы.

Вот другой пример: человек, который усвоил, что он только тогда чего-то стоит, когда чего-то добивается, достигает личных и профессиональных успехов, вдруг ощущает себя абсолютно подавленным и ничтожным, если сразу не справляется с поставленной перед ним задачей.

Следующие вопросы облегчают фокальный доступ к актуальному конфликту, например: Как Вы реагируете, если Ваш партнер опаздывает на встречу с Вами; если он не делает того, что Вы считаете правильным и важным? Что Вы делаете, если кто-нибудь из окружающих оклеветал Вас? Если кто-то распространяет вокруг себя невыносимый запах или если Вы вынуждены вести длительную беседу с человеком, у которого очень неприятно пахнет изо рта? Что Вы чувствуете, если к Вам отнеслись несправедливо или предпочли Вас другому? Что Вы чувствуете, когда замечаете, что Вас обманывают или когда Ваш партнер изменяет Вам? Что Вы ощущаете, когда Вам предстоит экзамен?

Если не просто прочесть эти вопросы, а прислушаться к тем ощущениям и мыслям, которые они вызывают, можно заметить, что в них содержатся актуальные способности, вызывающие сильные эмоции и аффекты.

Описанный здесь подход предлагает проводить опрос пациентов, направленный на выявление их готовности к конфликту. В то время как одни очень высоко ценят *усердие/деятельность* или *бережливость*, другие обращают внимание на *аккуратность, пунктуальность, контакты, справедливость, вежливость, честность* и т.д. Каждая из этих норм в свою очередь обладает своим собственным ситуативным, групповым, общественным значением. «Как только я подумаю о несправедливости моего шефа, я тут же начинаю дрожать, мне становится плохо. После этого у меня появляются головная боль и расстройство желудка» (28-летняя служащая с психосоматическими нарушениями).

в) Ориентация целей

Эта ориентация сопутствует изменениям установок и поведения, помогает преодолеть невротические навязчивости и способствует более адекватному решению конфликта *учтивость — прямота*. Это облегчает человеку доступ к его по-

тенциалу самопомощи и позволяет разорвать круг возникновения психосоматозов.

Описанная модель не ограничивается внутриспсихическим процессом, она стремится, помимо телесных и интрапсихических, затронуть также семейные и общественные условия. Критерием для этого являются те ресурсы, которые удастся мобилизовать для терапевтической ситуации, где локализован фокус конфликта и на какие потенциалы терапевтического преодоления конфликта можно рассчитывать.

Модель позитивной психотерапии не стремится первично объяснить возникновение определенных конфликтов, а старается понять человека в его жизненной ситуации, в которой он заболевает. Таким образом, позитивная психотерапия охватывает все психические, психосоматические и соматические заболевания. Она стремится учитывать, кроме симптома и собственно динамики болезни, содержательные аспекты для каждого человека. Она не следует зачарованно за симптомом, а спрашивает о значении симптома для стиля жизни в целом, о его «сигнальном действии», о вытекающих из этого шансах на изменение и — что существенно — о имеющихся у каждого человека способностях преодолевать конфликты, компенсировать нарушения и расстройства или переориентировать в зависимости от жизненной ситуации свое отношение к будущему.

Терапия основывается на трех моментах:

- профилактика;
- собственно терапия;
- реабилитация и последующая помощь.

В основе лежит транскультурный образ мышления, который включает многообразие индивидуальных, семейных и культурно обусловленных явлений и единство в этом разнообразии. Терапевтическая модель разделена на пять ступеней:

- ступень 1: наблюдение/ дистанцирование;
- ступень 2: инвентаризация;
- ступень 3: ситуативное обозрение;
- ступень 4: вербализация;
- ступень 5: расширение системы целей.

Партнер приносит человеку конфликты, сложности, проблемы и кризисы. Одновременно с этим он дает также шанс дальнейшего развития личности и адекватного решения этих конфликтов. Конфронтация во многих сферах человеческих взаимоотношений по-своему может быть благоприятной: в отношениях родителей и детей, взаимоотношениях родителей, отношениях с родителями партнера, взаимоотношениях с окружающими. Видеть в горе только горе, а в конфликте — только разногласия означает глубокое непонимание, что в воспитании и психотерапии кроются необозримые возможности.

Отсюда ясно, что недостаточно спрашивать лишь о «Почему?» какого-то нарушения, страдания или испытания. Вы останетесь непонятыми, если затем не будет задан вопрос «Для чего?». Вопрос «Для чего?» означает реинтеграцию, тенденцию к единству и дальнейшему развитию.

г) Стационарное и амбулаторное применение

Метод позитивной психотерапии применим и в стационарных, и в амбулаторных условиях; в случае его использования в стационарах больные обучаются самопомощи и переводятся затем на амбулаторное «долечивание». В стационаре метод может работать как конфликтцентрированная психотерапия.

Процесс лечения показывает, что, как правило, уже спустя относительно короткое время (10—15 встреч) наступает существенное улучшение состояния. Контрольные исследования через год в большинстве случаев выявляют стойкий терапевтический эффект. Особый успех наблюдается в лечении невротических и психосоматических расстройств. Имеется опыт лечения методом позитивной психотерапии партнерских проблем, трудностей воспитания, депрессий, фобий, сексуальных расстройств, психосоматических заболеваний, таких как болезни желудка и кишечника, ревматические жалобы, диабет и астма. Метод также неоднократно использовался при лечении психопатий и шизофрении.

Теория позитивной психотерапии в психосоматической медицине

а) Позитивное видение человека

Как содержащее в себе способности зерно пробивает себе путь в окружающей среде, взаимодействуя, например, с землей, дождем, садовником, так и человек развивает свои способности в тесных отношениях с окружающим его миром. В основе концепции позитивной психотерапии лежит точка зрения, что каждый, без исключения, человек обладает *двумя базовыми способностями: к познанию (когнитивность) и к любви (эмоциональность)*.

Способность к познанию означает: способность учиться и учить.

Каждый человек пытается познать внутренние связи действительности. Он спрашивает, почему яблоко падает на землю, почему растет дерево, почему светит солнце, почему движется автомобиль, почему существуют болезни и страдания. Он интересуется тем, что он такое, собственно говоря, есть, откуда он, для чего он. Это не только вопросы философии, но и вопросы, соответствующие одной основополагающей человеческой потребности. Особенность человека ставить такие вопросы и искать ответы на них является проявлением когнитивности. В воспитании она ограничивается передачей знаний.

Из способности к познанию развиваются вторичные способности, такие как пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность/открытость, верность, справедливость, трудолюбие/деятельность, бережливость, обязательность, точность и добросовестность.

Способность к любви означает: способность любить и быть любимым.

Оба компонента одинаково важны: способность активно устанавливать эмоциональные отношения (любить) и способность эмоциональные отношения принимать и поддерживать (быть любимым). Способность к любви не равнозначна в своих проявлениях в зависимости от того, на кого она направлена. Если мы что-то изучаем, приобретаем, создаем, цель и смысл этой деятельности зависят от того, для чего и для кого это делается: для нас самих, для нашего партнера и наших близких, для наших коллег, государств, наций, человечества, для ближайшего или далекого будущего или против него.

Способность к любви ведет в своем дальнейшем развитии к первичным способностям (табл. 2), таким как умение любить, быть примером, иметь терпение, уделять время чему-то, умение устанавливать контакты, проявлять и принимать нежность и сексуальность, уметь доверять, иметь надежду, уметь верить и уметь сомневаться, приобрести уверенность и устанавливать единство.

Первичные и вторичные способности мы обозначаем как актуальные способности.

В этом смысле мы понимаем способности к познанию и любви как присущую каждому человеку особую предрасположенность, требующую ее актуализации и дифференциации. Все другие способности могут быть развиты из этих двух базовых или рассматриваться как проявления их различных комбинаций и применяться к многообразным жизненным ситуациям. Обе базовые способности находятся в функциональной взаимосвязи: соответствующее развитие одной из них поддерживает и облегчает развитие другой. Каждый человек обладает базовыми способностями, которые открывают ему огромные возможности. В зависимости от физического состояния, окружающей среды и времени, в которых живет человек, эти способности дифференцируются и образуют неизменяемую структуру сущностных черт (неповторимость). Это означает не что иное, как то, что человек по своей сути добр.

Принцип базовых способностей обнаруживается в литературе в различном выражении. Все гуманитарные научные концепции используют прямо или косвенно базовые величины или способности, на основе которых формируется поведение или восприятие. В одних теориях - это инстинкты, в других — способность к научению, в - третьих — эмоциональные величины типа «эндогамной основы». При этом вид и оценка какой-либо из базовых способностей соответствуют лежащему в основе видению человека.

Восприимчивое комплементарное отношение, которое во многом соответствует базовым способностям к познанию и любви, связывает между собой религию и науку. Последняя ближе стоит к когнитивности, в то время как религии и мировоззрению соответствует эмоциональность. Тогда как религия претендует на то, чтобы *давать* смысл (дача смысла) и предполагает для этого обязательность, то наука по своему назначению видит задачей этот смысл *найти* (нахождение смысла). Религия говорит нам, например, что мы должны быть верными и честными; психология спрашивает, почему кто – то верен или неверен, честен или нечестен?

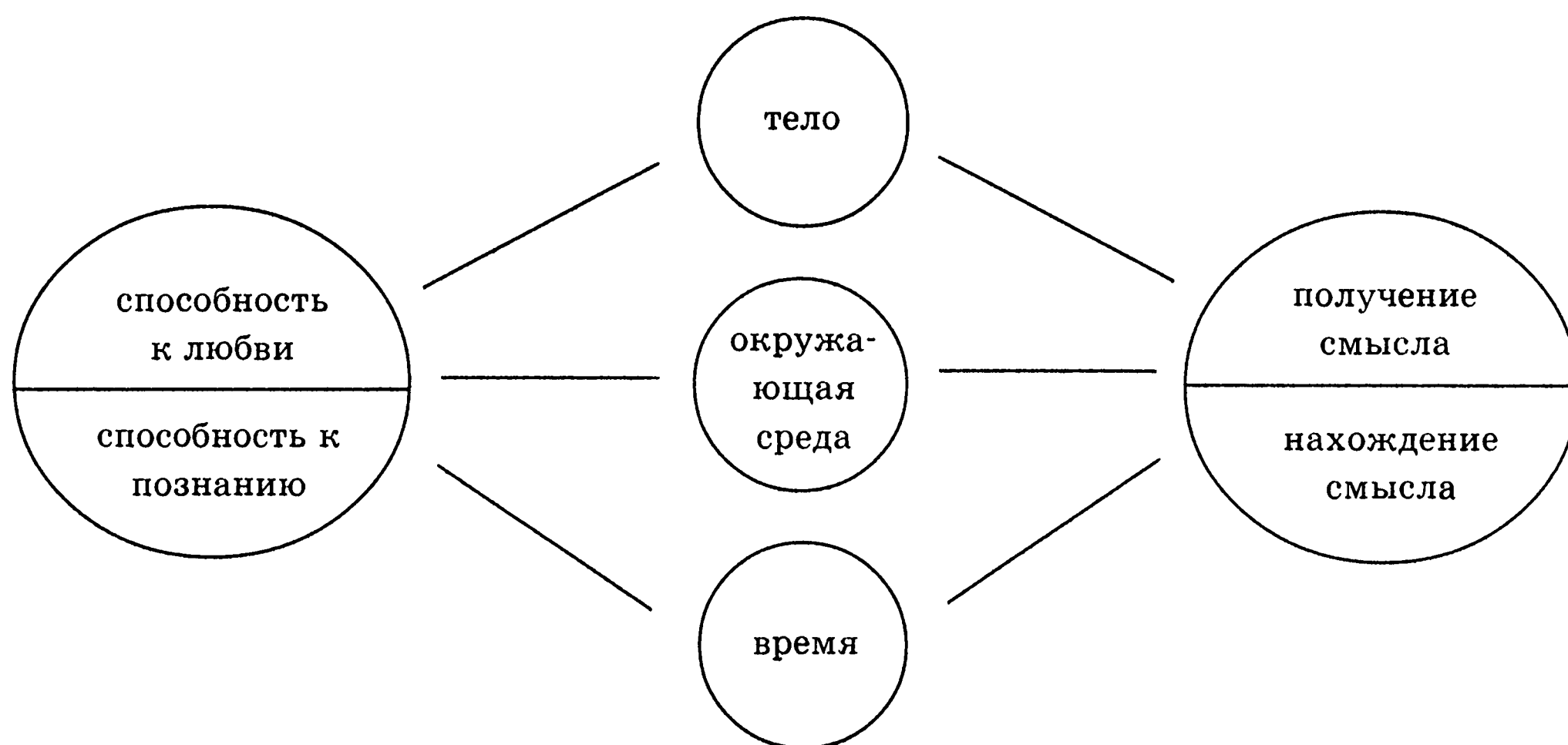


Рис. 3. Базовые способности и условия их развития в применении к получению смысла (религия) и нахождению смысла (наука).

б) Актуальные способности и концепции (внутренняя динамика конфликта)

На основании этих сопутствующих психотерапии поведенческих и установочных норм был разработан дифференциально-аналитический опросник (ДАО, табл. 3) как относительно всеобъемлющая система понятий. Содержащиеся в нем первичные и вторичные нормы поведения я назвал *актуальными способностями* (см. табл. 2). Это понятие я считаю необходимым потому, что эти нормы даны человеку в его развитии как способности. Они являются измерениями развития, проявления которых усиливаются или подавляются благоприятными или тормозящими влияниями окружающей среды. *Актуальными* эти способности являются потому, что они постоянно фигурируют в повседневной жизни в различных ситуациях. В связи с этими психосоциальными нормами у меня возникают следующие вопросы:

Каким образом возникают конфликты? Как можно соответствующим образом описать эти конфликты? Что стоит за симптомами психических и психосоматических расстройств и ограничением межличностных отношений и как можно лечить эти расстройства?

Таблица 2. Перечень вторичных и первичных способностей (актуальные способности)

Вторичные способности	Первичные способности
Пунктуальность Чистоплотность Аккуратность Послушание Вежливость Честность Верность Справедливость Усердие / деятельность Бережливость Обязательность Точность Добросовестность	Любовь Образец для подражания Терпение Время Контакты Сексуальность Доверие Надежда Вера Сомнение Уверенность Единство

В западных странах мы наблюдаем тенденцию к превознесению вторичных способностей, например способности к *достижению*, что сопровождается снижением роли первичных способностей, например, способности к *общению* (рис.4). На Востоке, напротив, проявляется склонность выделять первичные способности, ориентированные на межличностное общение, при этом, очевидно, различные вторичные способности теряют свое значение.

Актуальные способности являются *психодинамически действующими*. Они взаимосвязаны с такими психодинамическими категориями, как Сверх-Я и Я-идеал, и такими глубинно-психологическими категориями, как чувство самооценности и комплекс неполноценности, а также «желательным» и «нежелательным» поведением в поведенческой терапии.

Актуальные способности дают нам дополнительные *дифференциально-диагностические указания* и на основе познания содержания конфликтной сферы открывают новые возможности воспитания, самопомощи, психогигиены и конфликт-центрированной психотерапии. Во взгляде на практический процесс мы стараем-

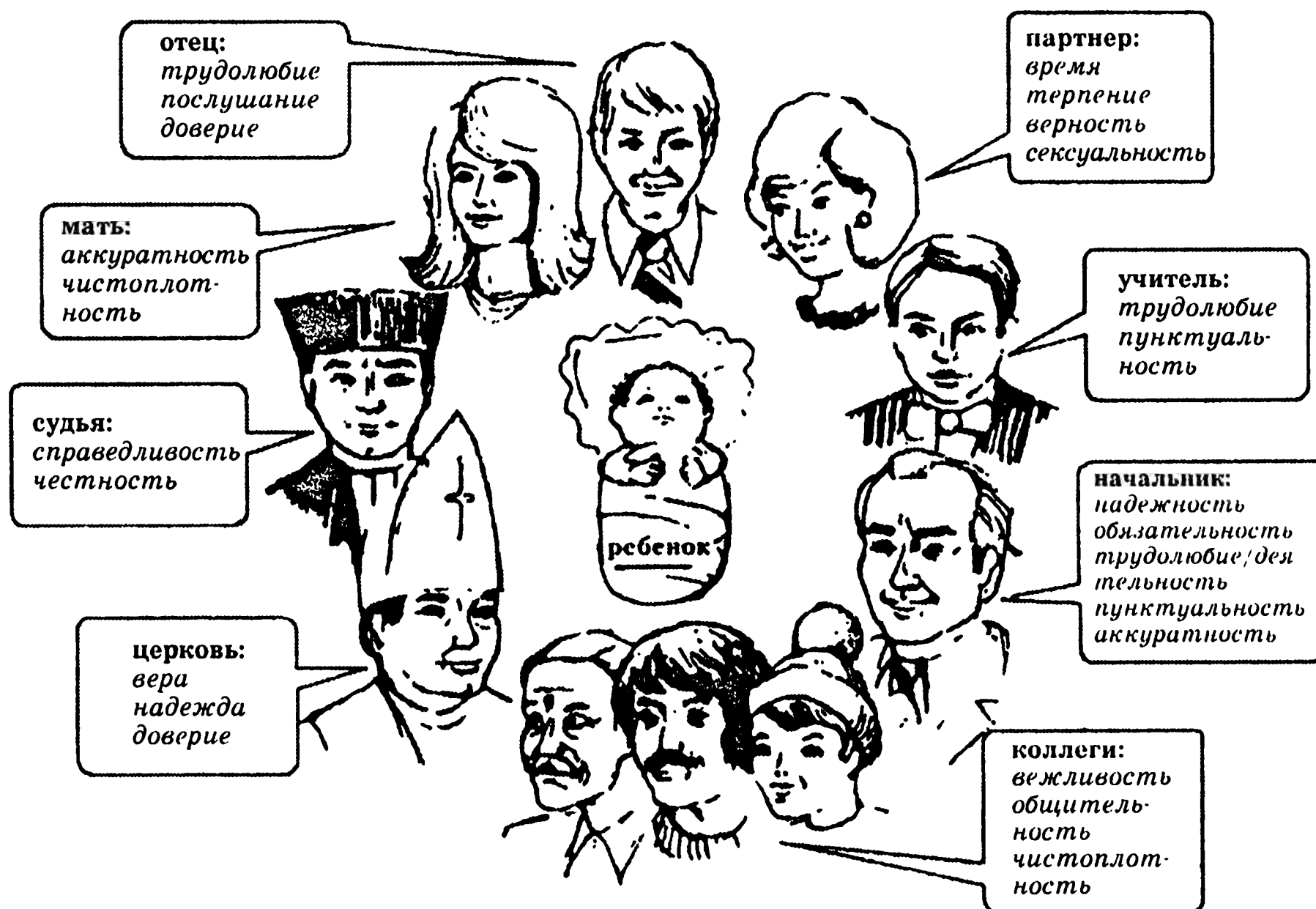


Рис. 4. Актуальные способности как нормы социализации.

ся под девизом «Как об этом спрашивают?» проанализировать отдельные актуальные способности при помощи ключевых вопросов.

В повседневных описаниях и оценках, а также в обоюдной партнерской оценке вторичные актуальные способности играют решающую роль. Тот, кто находит другого человека милым и симпатичным, обосновывает свое мнение так: «Он порядочен и аккуратен, на него можно положиться». Обратную оценку получает отвергаемый человек: «Он мне несимпатичен, потому что он небрежен, непунктуален, несправедлив, невежлив, скуп и ленив».

Таким же привычным, как эти примеры, является и влияние соответствующих переживаний на настроение и физическое состояние. Так, например, педантичность, неаккуратность, ритуализированная чистоплотность, небрежность, чрезмерные требования к пунктуальности, непунктуальность, принудительная совесть или необязательность, помимо социальных конфликтов, ведут также и к психическим, и психосоматическим расстройствам. Например, к таким как страхи, агрессия, подражания, и их следствиям: в психической сфере, в дыхательных путях, в сердечно-сосудистой системе, в гастроинтестинальной зоне, в опорно-двигательном аппарате, в нервной системе, в мочеполовой сфере и на коже.

Исследование актуальных способностей происходит при помощи дифференциально-аналитического опросника (ДАО, см. табл. 3) и *Висбаденского опросника*

к методу позитивной психотерапии и семейной терапии (Peseschkian, Deidenbach, 1988). Инструкция к проведению ДАО звучит следующим образом: «Случаются ли у Вас конфликты в сфере пунктуальности (аккуратности и т.д.)? Кто из Вас — Вы или Ваш партнер — придает больше значения пунктуальности (аккуратности и т.д.)?» Возможны различные модификации инструкции в зависимости от конкретного случая.

Таблица 3. Дифференциально-аналитический опросник
(ДАО, краткая форма; (Peseschkian, 1977))

Актуальные способности	Пациент	Партнер	Спонтанные комментарии
Пунктуальность			
Чистоплотность			
Аккуратность			
Послушание			
Вежливость			
Искренность / честность			
Верность			
Справедливость			
Трудолюбие / деятельность			
Надежность / точность			
Любовь			
Терпение			
Доверие / надежда			
Контакты			
Секс / сексуальность			
Вера / религия			

Отмечаются отдельные поведенческие сферы таким образом, что (+ + +) обозначает наивысшую субъективную оценку какой - либо категории, (- - -) обозначает низшую оценку («Вообще не придает этому никакого значения...»); (+ -) свидетельствует об индифферентности по отношению к определенной поведенческой сфере; (+ +), (+), (-) и (- -) отражают степени субъективного значения. Вторая графа воспроизводит самооценку пациентом его актуальных способностей. Третья графа отражает оценку пациентом качеств партнера; помимо этого, могут быть введены и дополнительные графы для значимых других. Последняя графа содержит спонтанные комментарии.

в) Четыре формы переработки конфликтов (физиология и психосоциальная ситуация напряжения)

Несмотря на все культурные и социальные различия и неповторимость каждого человека, мы можем наблюдать, что все люди при решении своих проблем прибегают к типичным формам переработки конфликтов. Если у нас есть проблема, мы сердимся, чувствуем себя перегруженными или непонятыми, живем в постоянном напряжении или не видим никакого смысла в нашей жизни, то все эти трудности можно выразить в следующих четырех формах переработки конфликта, соответствующих четырем измерениям способности к познанию. Они позволяют понять, как человек воспринимает окружающий мир и какими путями познания происходит освоение действительности (рис.5).

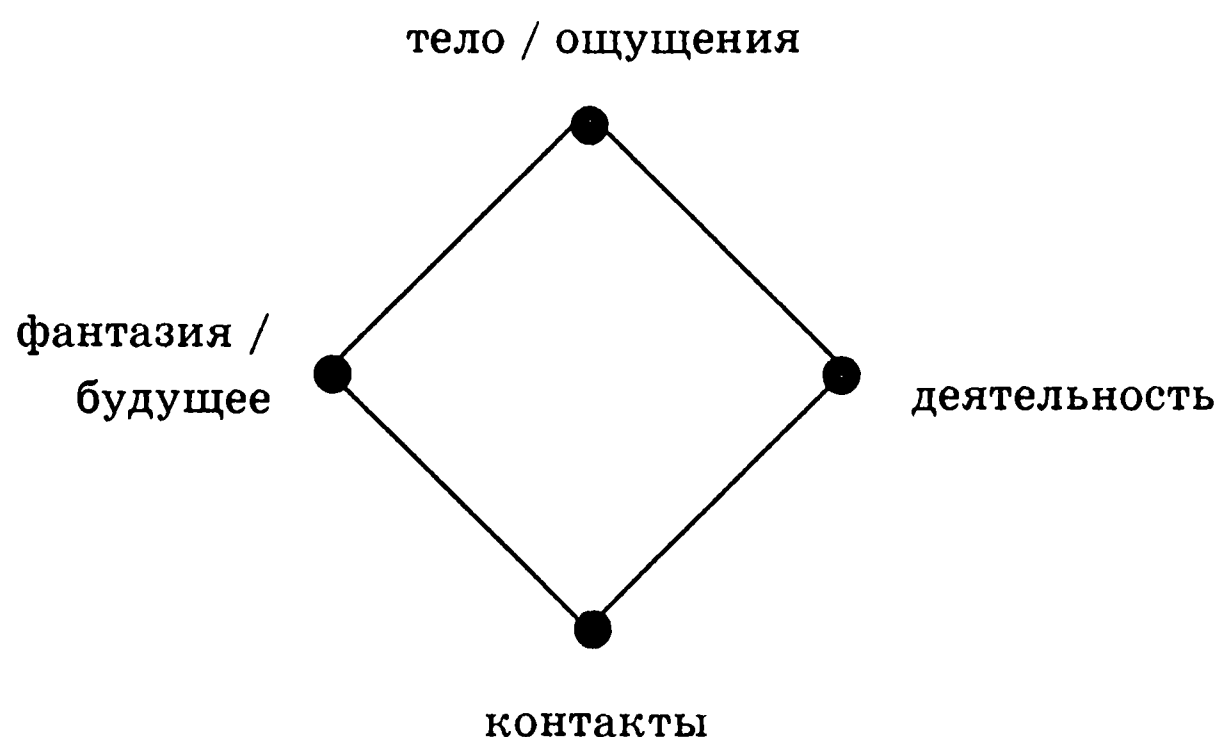


Рис. 5. Формы переработки конфликта

Эти формы переработки конфликтов являются относительно широкими категориями, которые каждый наполняет своими личными представлениями, желаниями и конфликтами. Каждый человек развивает свои собственные предпочтения в преодолении возникающих конфликтов. При гипертрофии одной из форм

переработки конфликтов другие отодвигаются на задний план. Какие из форм переработки конфликтов предпочитаются, зависит в существенной степени от приобретенного опыта, прежде всего от того, какой человек получил в своем детстве. Четыре формы реагирования моделируются в конкретной жизненной ситуации при участии конкретных концепций.

Симптоматика: расстройства сна, потеря аппетита, заболевания органов, раздражительность, бесконтрольный прием пищи, витальная депрессия, сексуальные расстройства, утомляемость, боли, адинамия, акустические и оптические галлюцинации, ипохондрические представления, а также нарушения восприятия и влечений и аффективные расстройства могут быть представлены как симптомы в сфере *тело/ощущения*. Расстройства мышления и интеллекта, нарушения внимания, памяти, трудности в принятии решения, склонность к рационализации, мечтательность, навязчивости, дереализация и т.д. относятся к *разуму* и вместе с тем к *деятельности*. Фиксации, предрассудки, стереотипы, фанатизм, слабость суждений, боязнь правды, чувство ненависти, чувство вины, маргинальность и односторонность связаны с *традицией* и, таким образом, с *контактами*. Безудержные фантазии, отстранение от действительности, суицидальные фантазии, сексуальные фантазии, опасения, навязчивые представления, бред отношения и преследования могут быть причислены к сфере *фантазия /интуиция* и вместе с этим к измерению *будущего*.

1) *Тело (ощущения)*: на переднем плане стоит тело-Я-восприятие. Как человек воспринимает свое тело? Как переживает он различные ощущения и информацию из окружающего мира? Воспринимаемая в ощущениях информация проходит через цензуру приобретенного масштаба оценки. Отдельные характеристики ощущений могут быть конфликтными в связи с подобного рода переживаниями. При помощи своих ощущений ребенок с самого начала развития устанавливает контакт с окружающим миром. Общая активность контролируется ощущениями. Ритмы сна и питания могут стать важнейшими.

Поражение того или иного органа у пациента с психосоматическим заболеванием становится понятным при взгляде на концепции, которых он придерживается в отношении к телу в целом, отдельным его органам и их функциям, а также к здоровью и болезни. Они определяют в общей взаимосвязи с содержанием конфликта, почему один человек реагирует своим сердцем, другой — желудком, органами дыхания, кожей и т.д. и почему некоторые люди «бегут» в болезнь, тогда как другие всеми силами отрицают физическую слабость и заболевание.

Так, у некоторого числа больных с желудочными расстройствами, а также с ожирением мы могли наблюдать концепции, связанные с приемом пищи (Все, что на столе, должно быть съедено). В противоположность этому, у лиц с ишемической болезнью сердца мы часто обнаруживаем концепции, которые указывают на

проблематичную ситуацию в отношении пунктуальности и распределения времени. Пациенты с ревматическими болезнями проявляются преимущественно типичными проблемами вокруг вежливости (Возьми себя в руки, что скажут люди). У пациентов с психосоматическими кожными заболеваниями достаточно часто выявляются конфликтные концепции в отношении чистоплотности и общения.

2) *Деятельность (разум)*: измерение этого имеет особое значение в индустриальном обществе, прежде всего в американо-европейских кругах. Сюда же относятся способы становления норм деятельности и их включения в концепцию Я. Мышление и разум делают возможным систематически и целенаправленно решать проблемы и оптимизировать деятельность. Возможны две разнонаправленные реакции бегства: а) «бегство» в работу; б) «бегство» от требований деятельности. Типичные симптомы — проблемы самооценки, перегрузки, стрессовые реакции, страх увольнения, нарушения внимания и «дефицитарные» симптомы, такие как пенсионный невроз, апатия, снижение активности и т.д. Концепции: «Если ты что-то можешь, тогда ты что-то из себя представляешь»; «Кончил дело — гуляй смело» и «Без труда не вытащишь и рыбки из пруда»; «Время — деньги» и т.д.

3) *Контакты (традиция)*: эта сфера подразумевает способность устанавливать и поддерживать отношения с самим собой, партнером, семьей, другими людьми, группами, социальными слоями и чуждыми культурными кругами; отношение к животным, растениям и вещам. Социальное поведение формируется под влиянием приобретаемого опыта и полученного наследства (традиции), особенно это касается становления наших возможностей налаживать контакты. Существуют социально обусловленные критерии выбора, которые ими управляют: например, человек ожидает от партнера вежливости, искренности, справедливости, аккуратности, общности определенных интересов и т.д. и выбирает себе партнера в соответствии с этими критериями.

4) *Фантазии (интуиция)*: можно реагировать на конфликты, активизируя фантазию, воображая решения конфликтов, представляя мысленно желаемый успех или наказывая и даже убивая в мечтах людей, на которых накопилась злость из-за того, что кто-то был неверен, неправ или придерживается других убеждений. Фантазия и интуиция могут, например, возбуждать и даже удовлетворять потребность при творческих изысканиях и сексуальных фантазиях. В качестве «личного мира» фантазия отгораживает от травмирующих и болезненных вмешательств действительности и создает временно комфортную атмосферу (например, алкоголь, токсикомания). Она может не воспринимать «злое дело» и болезненный разрыв с партнером как состоявшееся; она может, однако, также устрашать, становиться могущественной, делая действительность непереносимой, вследствие проекции собственных страхов. Так воображение смешивается с восприятием и

ведет к симптомам, которые встречаются в шизофрении в виде бредовых идей. Чтобы укротить пугающую, динамическую силу фантазии, некоторые люди вырабатывают навязчивое поведение, словно надевают корсет, который им помогает удержать в узде угрожающие фантазии и защищаться от неконтролируемых всплесков чувств. В этой сфере актуальные способности как содержание фантазий также играют главную роль.

Четыре сферы переработки конфликта могут уже здесь указать терапевту на существенные аспекты расстройства, которые обычно незаметны в круговерти обычной медицинской диагностики и терапии.

Применение четырех форм переработки конфликта

Эта «четверка» сравнима с некими весами, на чашах которых всегда должно быть по 25%, чтобы сохранить душевное равновесие. Решающей для уравновешенного душевного состояния является способность мыслить позитивно, творчески. Это качество почти утрачено многими людьми, но его очень легко восстановить.

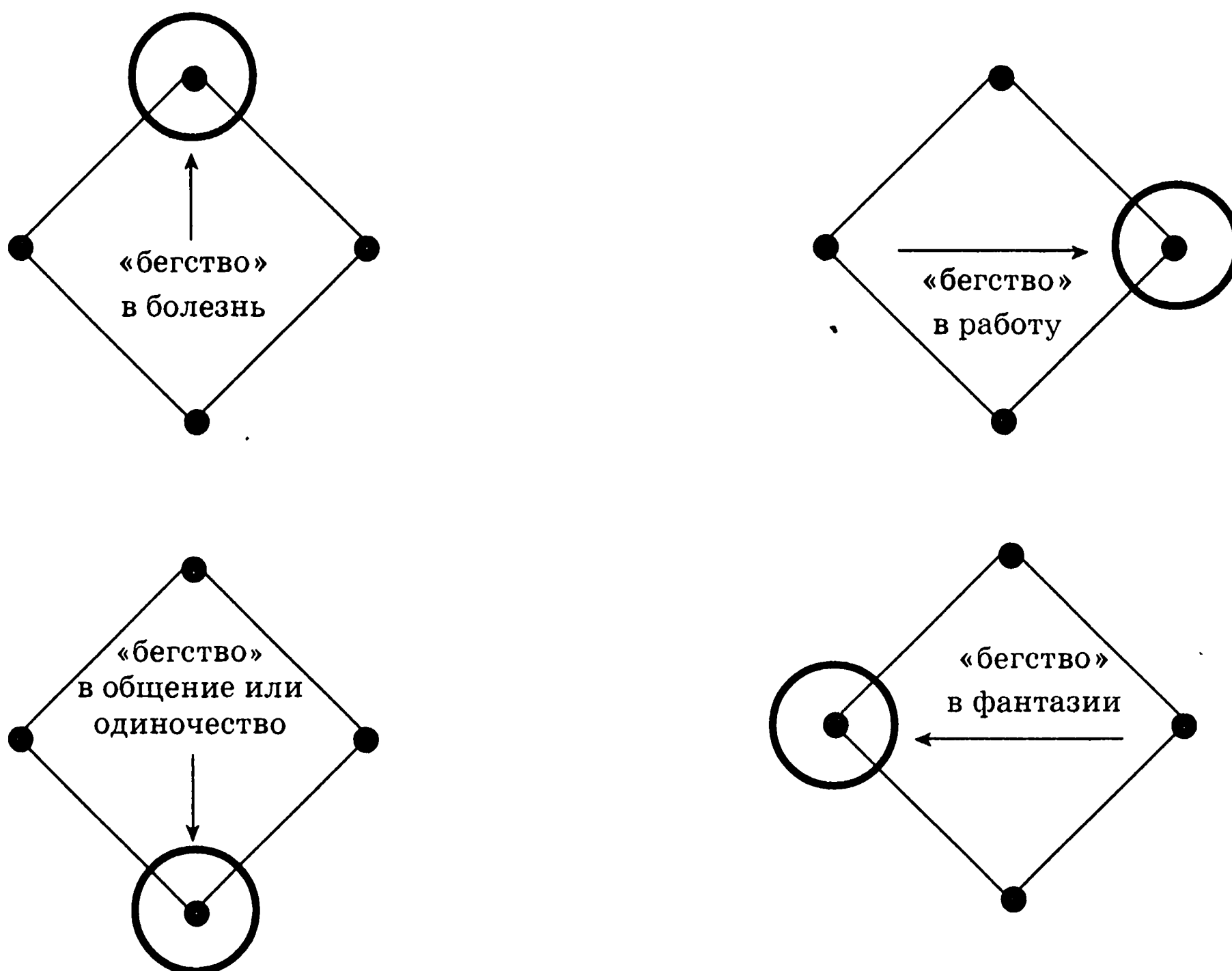


Рис. 6. Четыре реакции «бегства»

В личностной сфере односторонность в четырех качествах жизни проявляется внешне в открытых формах четырех реакций «бегства» (рис.6): это «бегство» в болезнь (соматизация), в активную деятельность (рационализация), в одиночество или общение (идеализация или обесценивание) и в фантазии (отрицание).

г) Четыре модели для подражания (раннее развитие)

Четыре сферы переработки конфликтов соотносятся с когнитивностью, т.е. с теми областями, с помощью которых мы вступаем в отношения с реальностью. Еще одно существенное измерение человеческой жизни определяется способностью к любви, которая так же развивается во взаимодействии с окружающим миром. На основании этого мы интересуемся характером отношений, открывающих доступ к возможностям проявления эмоциональности.

Для понимания конфликтной ситуации необходимо понимание ее фона и определяющих ее концепций. Развитие личности решающим образом зависит от первичных отношений человека. Нам показалось удачным основу предпочтения определенных социальных отношений и отвержение других подходов описать при помощи моделей для подражания (рис.7).

Предлагаемая схема включает отношения:

- родителей и братьев или сестер (а также ровесников) к ребенку (Я);
- родителей между собой (ТЫ);
- родителей к окружающему миру (МЫ);
- родителей к религии/ мировоззрению (Пра-МЫ);

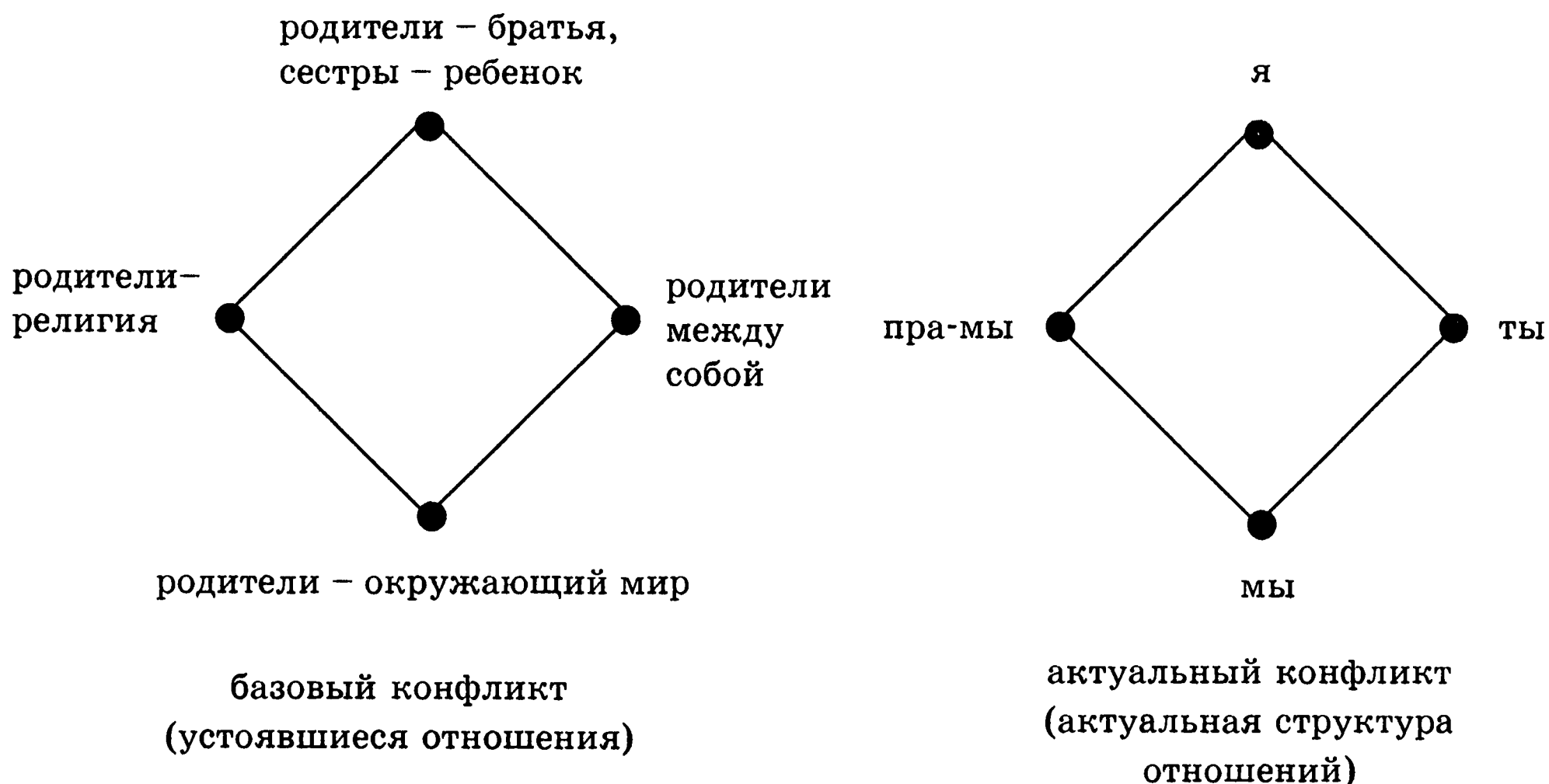


Рис. 7. Четыре модели для подражания

Подробность, с которой обсуждаются и выясняются четыре измерения идеалов, может быть индивидуально различной. Сначала они рассматриваются в первом интервью. Более детальный разбор возникающих в этой связи проблем следует осуществлять в зависимости от обстоятельств на поздних стадиях терапии.

Четыре модели для подражания, как они описываются в виде базового конфликта, проецируются на актуальные отношения человека в семье и вне семьи. Перенимается как опыт, полученный в общении с разными людьми, так и их идеалы. Эти отношения по образцу могут быть отдельно описаны актуальным и базовым конфликтом. На практике не следует совмещать обе модели и использовать их как одну целостную модель.

Спрашивается, почему у некоторых возникают сложности в принятии самих себя, почему одни пытаются держаться на расстоянии от своей семьи или почему другие так безнадежно замкнулись в ней, по каким критериям следует определять отношение к партнерам, к другим людям и другим социальным группам? К этому перечню вопросов относятся также проблемы социального, расового, политического и религиозного круга. Именно здесь проясняется значение транскультурного подхода, поскольку он показывает различные возможности проявления отношений между людьми разных культур и субкультур.

Четыре модели для подражания представляют собой возможности реализации всеми людьми своей способности устанавливать отношения. Они охватывают отношения к «Я», «Ты», «Мы» и «Пра-Мы», которые формируются при влиянии примеров из родительской семьи. Актуальные способности могут быть представлены здесь как фильтр социальных отношений: человек отказывается от приглашения гостей, потому что это нарушает его порядок и стоит денег, т.е. затрагивает его концепцию бережливости. Точно так же неудачами может блокироваться отношение к «Я» при недостаточной поддержке (трудолюбие/деятельность) из сферы первичных способностей. Отношение к «Ты» может быть ощутимо нарушено вследствие конфликтов, которые касаются сферы сексуальности, верности, доверия, так же как обманутые ожидания в области честности, справедливости и надежды могут встать на пути отношения к «Пра-Мы».

- 1) К кому Вы испытывали в детстве более сильную привязанность (к отцу, матери, дедушке и бабушке)?
- 2) Кто из Ваших родителей (воспитателей) уделял Вам больше времени?
- 3) Кто из Ваших родителей был терпеливее или кто легче сдерживался?
- 4) Кто был для Вас примером?
- 5) Есть ли у Вас ощущение несправедливого отношения к Вам в детстве (например, предпочтение Вам сестер и братьев)?
- 6) Как оцениваете Вы сегодня брак Ваших родителей?
- 7) Кто из Ваших родителей был более общительным?

8) Кто из Ваших родителей больше интересовался религиозными и мировоззренческими вопросами?

д) Девять тезисов позитивной психотерапии

1) *Позитивная психотерапия учитывает позитивные аспекты каждой болезни (рис.8).* На практике это выглядит следующим образом: мы спрашиваем о том значении, какое имеет симптом для человека и его социальной группы, выделяя при этом «позитивное» значение: какие позитивные аспекты имеет покраснение? Какие преимущества обеспечивает заторможенность? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что у меня есть страх или депрессия? и т.д.

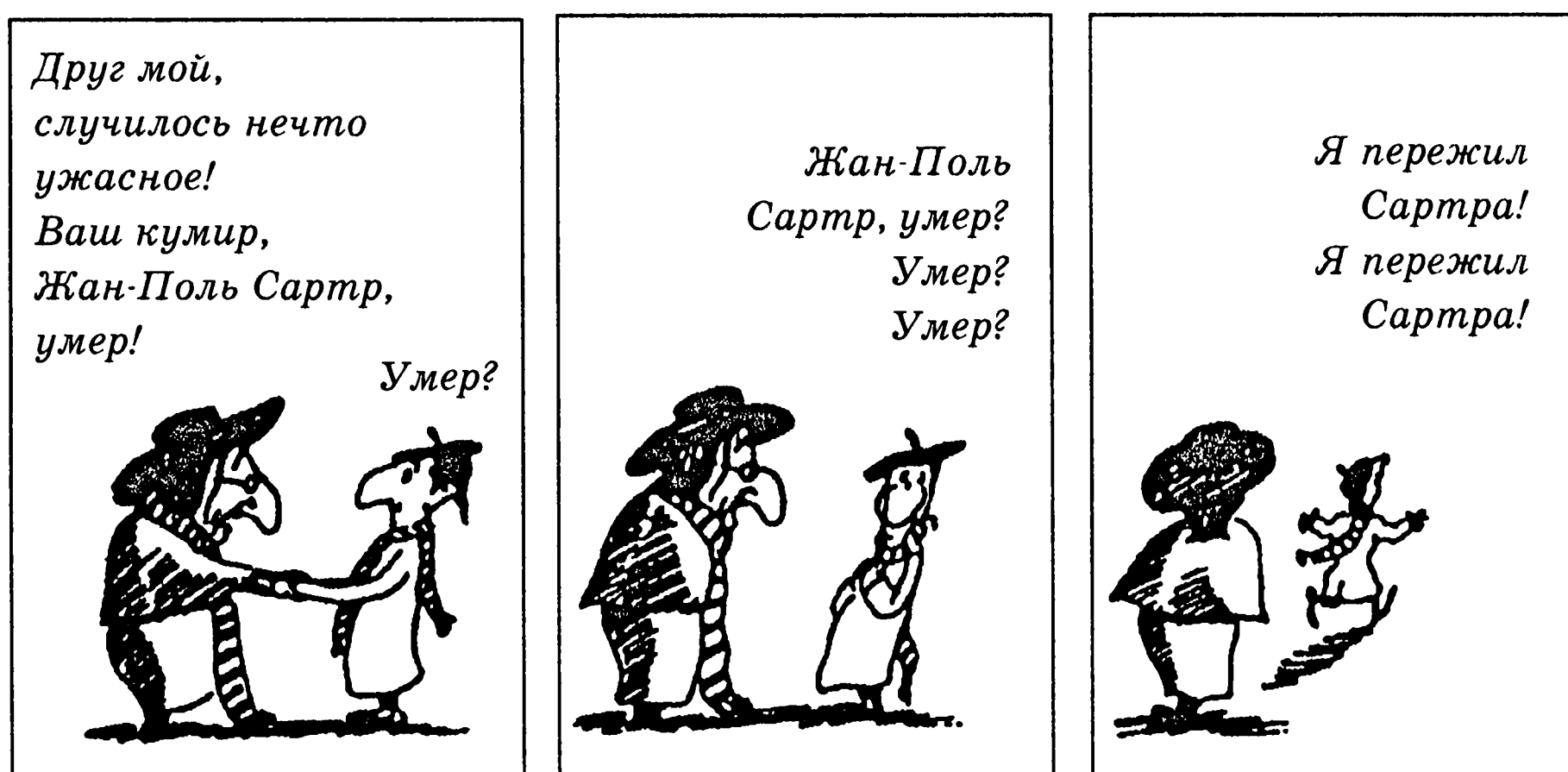


Рис. 8. Изменение точки зрения в позитивной психотерапии может касаться даже самых негативно воспринимаемых тем

2) *Теория микротравм учитывает содержание конфликта и его динамику.* Исходя из вопроса «Что общего у всех людей (осознание общности и единства) и чем они различаются (осознание индивидуальности и единственности)?», позитивная психотерапия описывает содержание конфликта (актуальные и базовые способности). Зачастую это вовсе не глобальные потрясения, которые приводят к нарушениям и расстройствам, а постоянно повторяющиеся маленькие душевные раны, которые в конечном итоге формируют характер, особенно подверженный отдельным конфликтам («Капля камень точит!»).

3) *Транскультурное мышление является основой позитивной психотерапии.* Оно включает множество индивидуально, семейно и культурно обусловленных явлений и предполагает единство в многообразии.

4) *Концепции, мифология и восточные притчи целенаправленно включаются в терапевтическую ситуацию.* Притчи способствуют ликвидации внутреннего сопротивления и облегчают осуществление самопомощи, дополняющей психотерапевтические мероприятия.

5) *Каждый человек неповторим.* Лечение соответствует потребностям больного.

6) *Члены семьи как индивидуумы и социальные факторы как определяющие условия* включаются в терапевтический процесс.

7) *Понятия позитивной психотерапии доступны каждому:* речевые барьеры устранены (равенство шансов в психотерапии).

8) *Позитивная психотерапия предлагает базовую концепцию для работы с любыми болезнями и расстройствами;* она определяет три отправные точки: профилактика, собственно лечение и реабилитация (универсальность применения).

9) *Позитивная психотерапия предлагает своим содержательным процессом такую концепцию, в рамках которой могут рационально применяться и дополнять друг друга различные методы и специальные направления* (метатеоретические и метапрактические аспекты).

Актуальные способности в отношениях врач — пациент

Рассмотрим ближе ситуацию, в которой встречаются пациент и терапевт. Пациент имеет определенные потребности и ожидания. Они ситуативно касаются непосредственной лечебной ситуации и частично соответствуют твердым индивидуальным установкам. В свою очередь, врач также имеет детерминированные его ролью и индивидуально обусловленные ожидания в отношении больного. Содержательно как двусторонние ролевые ожидания, так и «личные» установки ориентируются на уже утвердившиеся психосоциальные нормы. Поскольку подробное описание функций психосоциальных норм в отношениях врач — пациент не относится непосредственно к теме нашего разговора, мне бы хотелось сформулировать вопросы (к терапевту), которые по меньшей мере точно указывают на значение психосоциальных норм (актуальных способностей) и не всегда сочувственное отношение к ним.

Что думает пациент, когда Вы опаздываете на прием? Какое впечатление производит на него Ваше резкое обращение с ним? Наоборот: Как Вы реагируете, если пациент неоднократно опаздывает на условленную встречу? Если он не следует Вашим советам? Если он задерживает оплату? Что Вы ощущаете, когда вынуждены вести более чем 50-минутную беседу с человеком, у которого отвратительно пахнет изо рта? Что Вы делаете, если пациент неадекватно ведет себя в Вашей приемной, пренебрегая минимальными требованиями вежливости?

Затронутые в этом вопросе факторы отношений врач — пациент, несмотря на то что они входят в терапевтическую ситуацию как вмешивающиеся переменные или симптоматическое поведение, как правило, не становятся предметом психотерапии. Как актуальные способности могут быть представлены в качестве психо-социальных норм, наглядно показывает табл. 4.

Таблица 4. Актуальные способности в качестве «рулевых» в отношениях врач — пациент и при медикаментозном лечении (*Peseschkian, 1988*)

Актуальная способность	Установка / Поведение
Пунктуальность	Я всегда принимаю лекарства вовремя
Аккуратность	Я всегда знаю, где лежат мои лекарства
Чистоплотность	Если я использую капли или мазь, то я всегда мою руки перед манипуляцией и после
Послушание	Я всегда руководствуюсь предписаниями врача
Вежливость	Я всегда соглашаюсь со всеми назначениями, даже если я их не выполняю
Искренность	Я всегда прямо говорю врачу, что не принимаю «химическую отраву»
Верность	В целом я остаюсь верен моим лекарствам
Бережливость	Если я сам должен платить за лекарство, то несколько раз думаю, стоит ли его покупать
Справедливость	Мой врач никогда не прописывает мне дорогих лекарств, в то время как моему знакомому он назначает все, что тот пожелает; почему он так делает, я не знаю
Надежность / Добросовестность	Что врач назначит мне, то я и принимаю. Я слежу также и за точной дозировкой
Терпение	Я жду, пока лекарство подействует
Идеалы	Я согласую прием лекарства с моим партнером
Время	Мой врач находит время, чтобы объяснить мне способ действия лекарств

Секс / сексуальность	Лекарства, как и другие средства, как алкоголь, влияют на мое физическое состояние и вместе с этим на мою сексуальную жизнь
Доверие	Я доверяю моему врачу и доверяю целебному действию лекарств
Надежда	У меня есть надежда, что лечение мне поможет
Вера	Когда мои лекарства лежат у меня в кармане, я чувствую себя увереннее

а) Актуальные способности как содержание переноса и контрпереноса

Пациент необязателен, опаздывает на условленные встречи, несвоевременно оплачивает их и не придерживается правил лечения. Врач чувствует себя неудовлетворенно, тревожно и становится беспокоен, нетерпелив и агрессивен по отношению к больному (*терпение, вежливость*). Так можно описать конфликтную ситуацию в данный момент. Следующим шагом будет поиск взаимосвязи, в таких случаях, например, спрашивается, какую предысторию имеют сферы *пунктуальность, обязательность и бережливость* для терапевта и пациента. Иными словами, конфликт, скрывающийся за проблематикой переноса, может быть представлен и переработан намного специфичнее, индивидуальнее и менее догматично.

У одного моего молодого коллеги, у которого я был супервизором, я наблюдал следующую ситуацию: пациент постоянно задерживал оплату. Это поведение очень беспокоило коллегу. В терапевтической ситуации он приходил в напряжение, проявляя нетерпеливость и прибегал к интерпретациям, которые свидетельствовали о негативной ситуации переноса. При обсуждении коллега сказал: «Я вынужден все время думать о том, что пациент заставляет меня ждать оплату счетов. Однако я не могу обратить его внимание на это. Мне вообще трудно говорить о деньгах». Содержательно этот эффект контрпереноса касался установки терапевта к деньгам и заработку, т.е. *бережливости*, а также его неспособности быть откровенным именно в этой области. Мы проследили в этом отношении его жизненный путь. В свою очередь задержки с деньгами у пациента проистекают из событий его прошлого, которые также должны быть проанализированы и стать осознанными.

При помощи обсуждения одной сферы мы можем спровоцировать управляемую регрессию в отношении отдельных моментов. Таким образом, общая регрессия личности, которая особенно опасна у лабильных больных, может быть предупреждена. Одновременно с этим сглаживается проблематика переноса. При содержательно ориентированном ступенчатом процессе перенос может проявляться

в известной степени фракционно, так что проблематика пациента и терапевта не хлынет, как поток воды через прорвавшуюся плотину. Базовым конфликтом при этом является не только происходившее в фазе раннего детства, но и в большей степени все события, которые способствовали развитию актуального конфликта. Пациент узнает, что его проблематичное поведение базируется на цепочке учебных процессов, т.е. имеет свою собственную традицию. Описывая историю развития своего конфликта, он не переживает его больше в равной степени угрожающим и чужим. С этой дифференцировкой связана эмоциональная разгрузка: к проблеме можно подойти по-деловому. На первый план выдвигаются индивидуальная традиция в отношении актуальных способностей и среда с ее концепциями и противоречиями, а также традиция личности в социально - исторической ситуации.

Вместе с этим проясняется взаимосвязь актуальной конфликтной ситуации с условиями возникновения, насколько они доступны воспоминаниям пациента. При помощи фракционированного процесса вызываются ассоциации и излагаются воспоминания, которые прежде казались пациенту несущественными переживаниями, были вытеснены и непосредственно недоступны ему. Это производит тем самым переструктурирование, при котором в поле зрения сознания возвращаются события, установки и оценки, вследствие односторонней невротической ориентации пациента долгое время находившиеся в тени. Человек учится взаимодействовать со своим прошлым и постигать свое неповторимое прошлое как зеркало настоящего и будущего.

Вывод: Актуальные способности представляют собой содержательные составляющие психодинамических процессов и психотерапевтических представлений. В этом смысле позитивная психотерапия не ограничивается общими взглядами типа «авторитетные родители», «сильная зависимость от родителей», «тирания», «обожествление», «жесткое, мягкое или вдвойне зависимое воспитание». Она говорит не только о конфликтах самооценности, комплексов неполноценности, фобиях, депрессиях или во многом неопределенном Сверх-Я. В большей степени она предлагает конкретное содержание (актуальные способности) внутриличностных и межличностных процессов. Страх разлуки, например, различно перерабатывается в зависимости от самокультурной ситуации и приобретает при этом иную оценку. Так, потеря партнера приобретает свое психическое значение, которое может быть следствием не только инфантильной проблематики, но и содержательно определяется социокультурными нормами. Партнер считается незаменимым, но в момент, когда пренебрегает долгом верности, он отвергается. Гость, который в западном культурном кругу повторно опаздывает, отвергается как ненадежный; с ним не хотят больше иметь дела, несмотря на целый ряд общих интересов. Так содержательно уточняются такие понятия, как нарциссизм, страх разлуки, потеря партнера, регрессия и т.д. Наряду с установившимися эпигенетическими готовно-

стью к конфликту и структурами переживаний рассматривается содержательный аспект, при помощи которого в психотерапию включаются социально-психологические и культурные факторы.

б) Три стадии взаимодействия

В индивидуальном развитии так же, как и в партнерских взаимоотношениях, каждый человек проходит три стадии: привязанность, дифференциация и отделение. Они структурируют межличностные взаимодействия.

1) Стадия привязанности: основывается на биологической зависимости еще не родившегося ребенка от своей матери. После рождения она сменяется социальным симбиозом. Ребенок становится зависимым от воздействий социальной среды. Он требует терпения, времени, заботы и нуждается в физическом и социальном контакте. Родители, со своей стороны, испытывают привязанность к ребенку в виде любви, надежды и ответственности. Потребность в привязанности сопровождает человека на протяжении всей его жизни. На этом основываются в существенной мере поиск партнера, желание быть вместе с другими людьми и сплоченность той группы, которой является семья. Если потребность в привязанности становится доминирующей в поведении человека, проявляется в течение длительного времени и постоянно встречается в его межличностном общении, мы говорим о *наивно-первичном* поведении. Этот тип реакции соответствует, как правило, воспитанию по типу гиперопеки, в котором преимущество имели первичные способности. Наивно-первичный тип соответствует депрессивной невротической структуре. Предпочитаемой реакцией является «бегство» в одиночество или «бегство» в общение, что предполагает солидарность и защищенность. Концепции: «Я не могу справиться один!» — «Другие должны мне помочь». — «Если я не получу помощи, то все рухнет».

- Стадии взаимодействия играют роль не только в партнерских и семейных отношениях, но и в отношениях врач — семья больного. На стадии привязанности терапевт является принимающим гостей для семьи пациента. Он принимает ее такой, какая она есть. В этом ему помогает убеждение, что как члены семьи, так и он сам обладают большим числом общих способностей. Он идентифицируется с семьей и ее членами, не вмешиваясь, однако, в кухню ее конфликтов. При этом он стремится понять, почему семья вынуждена была прибегнуть к этому симптому и какое значение он имеет для участников конфликта. С помощью техник позитивной семейной терапии терапевт структурирует информацию, получаемую от семьи.
- Привязанность относится к конфликтной теме, которая исследуется в методиках позитивной психотерапии. Эта тема будет в определенный момент времени способствовать возвращению в сферу взаимной иденти-

фикации и попытке членов семьи установить связь с собственным прошлым (регрессия). Отдельные проблемные группы, такие как психосоматические больные, депрессивные и шизоидные, кажущиеся терапевтически не вполне «благодарными», своим вербальным и невербальным поведением предоставляют терапевту особые возможности. Это прежде всего относится к семейно-терапевтической ситуации, в которую вовлечены все члены, и возможно ознакомление с их взаимоотношениями. Это же касается и прямых отношений врача и больного. Так, 25-летний пациент, квалифицировавшийся как шизофреник, в самом начале первой беседы отругал меня за то, что в моей приемной горел свет. С этого началась наша взаимная симпатия. Содержательно она касалась, прежде всего, *бережливости*, о которой мы могли говорить, «поддерживая хороший аффективный раппорт», как сказали бы психиатры.

2) *Стадия дифференциации.* Дифференциация является основным принципом как физического, так и душевного развития. В процессе социализации эта стадия определяется приобретением социально желаемого поведения. Это выражается в дифференцировании способностей к познанию и в проявлении вторичных способностей, которые обеспечивают освоение природы и социальное утверждение. В то же время происходит дифференцирование способности к любви, т.е. мы учимся проявлению наших чувств и формам обращения с нашими инстинктивными потребностями. Другими словами, при помощи дифференциации мы приобретаем чувство социального положения. Этот процесс протекает в противопоставлении со структурами, которые мы обнаруживаем в окружающем мире. В то время как на стадии привязанности чаще проявляются общие концепции типа оптимизма, пессимизма, самопринятия или самоотвержения, на стадии дифференциации формируются специализированные концепции и нормы поведения: «Вымой руки!»; «Веди себя прилично!»; «Выучи это!»; «Будь бережливым!» и т.д. Это происходит посредством прямых указаний, примера близкого человека и при помощи того, что определяют желательные реакции, игнорируют нежелательные или то, что наказуемо. Как соответствие окружающему миру адаптация может обеспечивать жизнь без разногласий. Она только тогда ведет к трудностям, когда собственная структура дифференциации не совпадает с другими. Дальнейшее усложнение дифференциации можно ожидать тогда, когда социально желаемое ролевое поведение не удовлетворяет имеющимся инстинктивным потребностям. Если дифференциация односторонне одерживает верх, мы говорим о *вторичном реактивном типе*. В окружающем мире этого вторичного типа — он ориентируется на вторичные способности — преобладает навязчивая невротическая структура. Навязчивости отражают в своей «сверхдифференциации» опасные инстинктивные потребности и включают их в корсет педантичного образа жизни. Деловые отношения преобладают над эмоциональными. Характерным для вторичного типа яв-

ляется «бегство» в активность. Концепции: «Я все могу сам!»; «Я не нуждаюсь в помощи окружающих!»; «Заставь других работать на себя!» и т.д.

На стадии дифференциации терапевт передает эти наблюдения семье в качестве информации, толкований и описаний. При помощи его «переводов» и контр-концепций разрабатываются общие точки соприкосновения и устанавливаются четкие границы между интересами членов семьи или семейными подсистемами. Члены семьи могут попробовать идентифицироваться с предложенными им концепциями и правилами, которые предоставляют им подходящие возможности решения и альтернативы.

3) Стадии отделения. В процессе развития человека на каждой из стадий может быть достигнуто специфическое единство — интеграция способностей в отдельной личности. С этим связана автономность, значение которой возрастает к периоду зрелости, в то время как на ранних этапах своего развития человек был зависим в силу привязанности, а позднее начал руководствоваться различными обстоятельствами и потому уже не нуждается в этой информации извне в той же мере. Он перенял ее как концепцию и на этой основе принимает решения за себя и других. Это означает в то же время, что он отделяется от тесных связей с окружающими и ту информацию, в которой нуждается, ищет самостоятельно, беря на себя ответственность. Здесь мы можем говорить о стадии отделения, которая характеризует созревающую и зрелую личность.

Отделение означает не только отстранение от некоего объекта или личности: одновременно с этим оно является обращением к другому объекту, к другой личности. Эта последовательная смена отделений и привязанностей облегчает установление контактов с другими личностями и группами, т.е. расширяет кругозор и способствует новой дифференциации, однако, возможной переоценкой прежней.

Многие люди колеблются между отделением и привязанностью, желая быть самостоятельными, не вынося, однако, этой самостоятельности, или ищут сближения с партнером, который стремится к завоеванию свободы. Здесь мы говорим о *двунаправленном типе*. В общих чертах он соответствует истерической невротической структуре. Страдающие этим люди могут руководствоваться внезапными предложениями и новыми возможностями и кажутся сами себе и окружающим непредсказуемыми. Концепции: «Я все могу сам, только помоги мне!»; «Я хочу, но не хочу!»; «Если ты мне поможешь, мне будет неприятно, если ты этого не сделаешь, мне все равно будет нехорошо» и т.д.

- На стадии отделения дело доходит до возрастающего дистанцирования между семьей пациента и терапевтом, который все больше превращается в наблюдателя происходящего процесса и только тогда вмешивается для регулирования, когда это кажется необходимым. В то время как на стадии дифференциации терапевт был тем, от кого исходили инициативы, альтернативные предложения, информация и помощь в структурирова-

нии, теперь эта активность переходит к пациенту и его семье. Они постепенно принимают на себя задачу самопомощи.

в) Взаимоотношения терапевтических моделей

Представленные модели могут служить отправной точкой для совместной работы специалистов разных дисциплин. Сотрудничество может происходить в двух направлениях: когда подходящие терапевтические методы включаются в план позитивной психотерапии и когда подходы позитивной психотерапии применяются в рамках других психотерапевтических методов. Для обзора я представил существенные аспекты некоторых терапевтических направлений в своей книге «Позитивная психотерапия»: позитивная психотерапия и психоанализ — поведенческая терапия — индивидуальная психология — аналитическая психология — логотерапия — недирективная терапия — гештальттерапия — первичная терапия — групповая психотерапия. Взаимоотношения психотерапевтических моделей представлены в гл.6.

Практическое применение «позитивных преобразований» — психоанализ и позитивная психотерапия

Примером позитивного процесса может послужить диалог с 32-летней замужней пациенткой, находящейся в глубокой депрессии.

Пациентка: «Я чувствую себя развалиной... Я так подавлена и разбита, иногда у меня бывает чувство, что было бы лучше, если бы меня не было на этом свете». (Начинает плакать.) «Я чувствую себя одиноко. Ни у кого для меня нет времени. Мой муж живет только для своей работы. Я так боюсь этих одиноких вечеров, в которые я жду своего мужа и не знаю, когда он придет...»

Терапевт: «У меня такое впечатление, что Вы хотели бы быть вместе со своим мужем и охотно проводили бы время и с другими людьми».

Пациентка: «Да, я хотела бы этого, однако у моего мужа совсем нет времени, а я сама не могу ничего предпринять, поскольку он никогда не говорит точно, когда придет...»

Позитивная интерпретация имеет в этом случае свои нюансы. Пациентку не следует ориентировать еще раз повторить свою безвыходную ситуацию, а помочь ей изменить точку зрения на ее проблематику («Вы хотели бы быть вместе со своим мужем и охотно проводили бы время и с другими людьми») и дать ей возможность самой нащупать новые пути решения конфликта и дистанцироваться от достаточно часто повторяемой невротической концепции. Уже этот короткий отрывок беседы указывает на центральные содержательные компоненты конфликта:

поведение в отношении пунктуальности супруга и ожидание пунктуальности пациентки, а также способ организации своего времени.

«...Для моего мужа пунктуальность — книга за семью печатями. Когда он говорит, что придет в пять часов, я всегда прибавляю еще час, однако обычно и этого бывает мало, он приходит только в 8— 10 часов. Хотя я знаю, что так и будет и что это, как правило, связано с его работой, я не могу к этому привыкнуть. С пяти часов я уже настороже и не могу больше ничего толком сделать и сконцентрироваться. Я целый день спешу, чтобы в любом случае успеть к пяти часам; ведь может же быть, что он все-таки придет. Каждый вечер я должна ждать, потому что он никогда не может сказать точно, когда придет. Это делает меня больной. (...) Раньше, в детстве, у нас всюду царила пунктуальность. Мы каждый вечер ужинали в одно и то же время».

Здесь проявляются:

- пунктуальность как критерий доверия;
- время как критерий уважения и признания;
- вежливость как укоренившееся в семье препятствие для агрессии: она не дает проблеме выхода наружу.

Психоанализ нацелен на страх разлуки пациентки при угрожающей потере объекта, на ее инфантильную потребность в защищенности и ее эмоциональную зависимость, которая перерабатывается в длительном лечении при помощи сновидений и ассоциаций. Вместо страха разлуки в позитивной психотерапии выступают актуальные способности, в которых как раз и реализуется этот страх. В этом случае речь идет прежде всего о пассивной выжидательной позиции пациентки в отношении *надежности и пунктуальности*. Уже преобразование страха разлуки в актуальные способности открывает новые терапевтические возможности. В рамках пятиступенчатой семейной терапии, исходя из этих потенциалов, может быть конфликтцентрированно переработана проблематика пациентки.

Позитивная психотерапия придерживается в отношении позитивного видения человека того мнения, что обстоятельства окружающего мира влияют на него преходяще и микротравмы от предыдущих событий создают условия для последующих переживаний, причем, психологическое действие оказывает не только раннее детство, но и каждый этап развития. Эта точка зрения становится понятной только в содержательном аспекте, который психоанализ учитывает лишь частично.

«Оно» психоанализа в позитивной психотерапии проявляется в категориях *тело и ощущения*, причем здесь учитывается не только инстинктивно - динамическая точка зрения, но и физические функции, и тело, как органическая основа поведения.

«Сверх-Я» содержательно описывается посредством психосоциальных норм и *актуальных способностей*. Актуальные способности имеют при этом несколько значений: в одном случае они являются общественными правилами поведения, в другом — действующими в первичных группах нормами, интериоризированными индивидуумом ценностей, целевыми представлениями и, наконец, присущими человеку способностями.

«Я» имеет в позитивной психотерапии соответствующую двойную задачу: оно не только связывает вытесненные общественные стремления и индивидуальные инстинктивные побуждения, но и становится одновременно точкой приложения способностей. Функция проверки реальности тесно связана со специфической человеческой способностью сопоставлять и интегрировать категории прошлого, настоящего и будущего.

Противопоставление собственных потребностей и требований окружающего мира происходит в рамках психосоциальных норм (актуальных способностей), которые имеют свою историю развития в психической организации человека. В этом позитивная психотерапия непосредственно соприкасается с концепциями социального поведения. Отсюда следует различие между классическим психоаналитическим направлением и направлением в позитивной психотерапией. Если в первом случае, в отношениях терапевта и пациента необходимо снова пережить прошлую ситуацию детско-родительских отношений и влияния окружающего мира трактуются как помехи, то мы учитываем особенности социальной действительности больного. *Отсюда становится понятным четырехэтапный дифференциально-аналитический процесс: воспитание — самопомощь — психотерапия — транскультурный подход.*

В позитивной психотерапии содержатся определенные аналитические элементы, прежде всего на ступени 2 (инвентаризация), которая исследует базовый конфликт, и на ступени 4 (вербализация), которая технически предусматривает свободные ассоциации и интерпретирующие толкования терапевта. Дифференциально-аналитические аспекты в свою очередь могут интегрироваться в психоанализ. Прежде всего, это относится к содержательному, ориентированному на актуальные способности процессу. Фокальный, определяемый актуальными способностями процесс облегчает управление такими существенными для психоаналитического процесса динамическими факторами, как механизмы переноса, регрессия и сопротивление.

Анна Фрейд выделяет такие Сверх-Я-характеристики, как честность, справедливость и т.д. Она пишет: «(...) обнаруживая описание в аналитической литературе навязчивого характера, в котором такие манифестные качества и склонности, как аккуратность, чистоплотность, бережливость, робость, коллекционирование и др., выдают свое происхождение из вытесненных побуждений анальной фазы. Непонятно, почему из этого раннего опыта следуют немногие дру-

гие подобного типа и почему психические грани не становятся таким образом более прозрачными» (*A.Freud, 1965*).

Недоразумения как содержание защитных механизмов

То, что мы описываем как недоразумения, основывается на формах мышления, схематизации и установках, которые, по большому счету, оказывают влияние на наше социальное поведение, а также и на поведение окружающих по отношению к нам. Как формы мышления, они помогают, прежде всего, организовать наше восприятие. Они предоставляют нам масштабы, в которых мы оцениваем и на которые можем ориентироваться.

Эти формы мышления выполняют психологически важную функцию. Они должны защищать нас от неприятных переживаний. Это происходит благодаря тому, что в известной мере автоматически срабатывают механизмы оценивания того, какие опасные и неприятные события подстерегают и могут навредить. Они, таким образом, служат защитными механизмами.

Мой психотерапевтический опыт постоянно подтверждает впечатление, что большинство психических, психосоциальных и психосоматических расстройств основываются на недоразумениях. Это означает, что объективные события оказывают патогенное влияние в меньшей степени, чем их субъективные оценки и различия социальных партнеров. Обрисованные нами недоразумения являются, вместе с тем, модельными ситуациями психосоциальных конфликтов и конфликтных установок, которые могут возникать со стороны пациентов и способствовать развитию у них заболеваний. Они могут, однако, включаться и в терапию, и влиять как бессознательно резонирующие установки терапевта или психотерапевтические недопонимания. Цель установления недоразумений — сенсibilизироваться к конфликтным установкам и ожиданиям. Они обнаруживаются в воспитании, т.е. там, где соприкасаются актуальные способности и сферы базовых способностей, так же как в партнерских отношениях и групповом поведении. Здесь они проявляются как более или менее жесткие установки, которые могут блокировать взаимное понимание.

В поисках ответов на эти вопросы в конкретных конфликтных ситуациях мы неизбежно сталкиваемся с недопониманием и, вместе с этим, с конфликтным потенциалом, которые берут начало в актуальных способностях. Наряду с этой общей функцией недоразумений как защитных механизмов и нарушающих факторов в коммуникации можно увидеть и одну специальную функцию. Предпочтение отдельных форм мышления в недоразумениях ведет к типичному проблематичному поведению, которое может в свою очередь повлечь за собой типичные формы переработки и симптомы. В этом смысле в каждом недоразумении заложен целый ряд расстройств и конфликтов, которые могут наблюдаться в контексте этого про-

блематичного поведения. Думать о возможности недоразумений следует в том случае, если конфликты и расстройства возникают:

- цель и содержание воспитания,
- относительность ценностей,
- измерение времени и видения человека,
- развитие и фиксация,
- кризис идентичности и личностное развитие,
- человек и животное,
- врожденный и приобретенный,
- неповторимость и схожесть,
- бессознательное и сознательное,
- идентификация и проекция,
- генерализация и дифференциация,
- мнение и предрассудки,
- мужчины и женщины,
- справедливость и любовь,
- секс, сексуальность и любовь,
- карикатуры любви,
- потеря единства и интеграция,
- здоровье и болезнь,
- вера, религия и церковь,
- обусловленная и определенная судьба,
- смерть и установка к смерти.

Приложение: Общий опросник

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело /ощущения: вопросы к первой сфере переработки конфликтов

- 1) Какие физические недуги Вас беспокоят, каких органов касаются Ваши жалобы?
- 2) Как Вы расцениваете Ваш внешний вид?
- 3) Воспринимаете ли Вы свое тело как врага или как друга?
- 4) Важно ли для Вас, чтобы Ваш партнер хорошо выглядел?
- 5) Какое из пяти ощущений Вы наделяете наибольшим значением?
- 6) Какие микротравмы (актуальные способности) играют роль для возникновения гнева, страха или радости? По какому органу ударяет Вас страх?
- 7) Как реагирует Ваш партнер/Ваша семья, когда Вы больны? Как Вы ведете себя, когда болен Ваш партнер?

- 8) Много или мало времени нужно Вам для сна?
- 9) Задумываетесь ли Вы перед сном о прошедшем и наступающем дне? Какое влияние оказывают заболевания на Ваше восприятие жизни и Ваше отношение к будущему?
- 10) Довольны ли Вы своей сексуальной жизнью?
- 11) Уделяет (-л) ли кто-нибудь в Вашей семье большое внимание хорошему внешнему виду, занятиям спортом и физическому здоровью? Занимаетесь ли Вы и Ваш партнер спортом?
- 12) Кто был с Вами нежен, целовал и ласкал Вас, когда Вы были ребенком?
- 13) Какое значение имеет для Вас нежность сегодня? Ощущаете ли Вы недостаток нежности?
- 14) Придавалось ли в Вашем доме большое значение вкусной и полноценной пище?
- 15) Какое значение имеет для Вас курение? Как Вы реагируете, когда Ваш партнер курит? Можете ли Вы открыто высказать свое мнение?
- 16) Какое значение имеет алкоголь для Вас, Вашего партнера и Вашей семьи?
- 17) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, какой эффект и какие побочные действия возможны?
- 18) Какое значение имеют для Вас и Вашей семьи лекарства?
- 19) Как реагировали Ваши родители, когда Вы играли со своим собственным телом (например, сосание пальцев, мастурбация)?
- 20) Как Вас наказывали (били, ругали, лишали еды, лишали нежности и ласки и т.д.)?

Профессия/ деятельность: вопросы ко второй сфере переработки конфликтов

- 21) Довольны ли Вы своей профессией? Чем бы Вы охотно хотели заниматься? Какая деятельность дается Вам с трудом? Какие актуальные способности задействованы?
- 22) Важно ли для Вас всегда добиваться успеха в Вашей деятельности?
- 23) В чем заключаются Ваши главные интересы (физическая, интеллектуальная, художественная деятельность, руководящая работа и т.д.)?
- 24) Когда Вы судите о человеке: насколько важны для Вас его интеллигентность и социальный престиж?
- 25) Нормально ли Вы чувствуете себя, когда Вам вдруг нечего делать?
- 26) Легко ли Вам признавать достижения других (партнера, детей, коллег)?
- 27) Придавали ли Ваши родители особое значение трудолюбию и деятельности? Говорили ли Вам Ваши родители, *почему* Вы что-то должны де-

лать? Хвалили ли Вас за успехи и как? Наказывали ли Вас, если Вы делали ошибки?

28) Какие переживания типичны для Ваших школьных лет?

Контакты: вопросы к третьей сфере переработки конфликтов

29) Считаете ли Вы себя общительным?

30) Как Вы чувствуете себя в многолюдном обществе?

31) С какими людьми Вам легко или трудно установить контакт?

32) Что, как правило, является для Вас поводом отказаться от приглашения гостей: не хватает времени; прием стоит денег; некоторых гостей приходится долго ждать; считаете, что не можете достаточно хорошо встретить гостей (нечего предложить из еды); Вы устали от работы и хотите, наконец, отдохнуть.

33) Как часто Вы улыбаетесь своим коллегам по работе?

34) Как часто Вы ходите в кино, с кем?

35) Как часто Вы бываете у родителей, братьев и сестер, родственников и друзей или же приглашаете их к себе? Каковы Ваши отношения и отношения Вашего партнера со своими родителями и родителями партнера?

36) Обращаете ли Вы особое внимание на то, что скажут или могут подумать «люди»? Каких актуальных способностей это касается (например, бережливость, аккуратность)?

37) Кто из Вас, Вы или Ваш партнер, более общителен?

38) Кто из Ваших родителей был более общительным?

39) Когда к Вашим родителям приходили гости, разрешалось ли Вам присутствовать и участвовать в разговорах?

40) Когда Вы были ребенком, у Вас было много друзей или Вы были изолированы?

41) К кому Вы могли или можете обратиться, когда у Вас были или есть проблемы и желания?

42) Ценили ли Ваши родители особо «хорошие манеры» и вежливость?

Фантазии /будущее: вопросы к четвертой сфере переработки конфликтов

43) Часто ли возникают у Вас и/или у Вашего партнера хорошие идеи? Кто из Вас уделяет больше внимания фантазии? Считаете ли Вы себя пессимистом или оптимистом?

44) Как часто Вы и Ваш партнер смеетесь? Когда Вы в последний раз плакали?

- 45) Чему посвящены Ваши фантазии: телу (пища, сексуальность, сон, спорт, уход за телом), профессии (успехи, неудачи), общению с другими людьми, будущему (желание, утопии, мировоззрение, религия)?
- 46) Охотно ли Вы отдаетесь воспоминаниям? Задумываетесь ли Вы о будущем? Охотно ли Вы читаете фантастику?
- 47) Какие качества Вашего партнера имеют наибольшее значение в Ваших фантазиях? Какие актуальные способности значимы?
- 48) Задумываетесь ли Вы иногда, какой бы могла быть жизнь с другим партнером, что бы было, если бы у Вас была другая профессия?
- 49) Если бы Вы на неделю могли поменяться местами с кем-нибудь? С кем бы Вы поменялись? Почему? Если бы Вы на один день стали невидимы, как бы Вы использовали это время?
- 50) Как Вы относитесь к искусству (живопись, музыка, литература)? Рисуете ли Вы сами? Что Вы изображаете на своих картинах?
- 51) Кто из Ваших родителей уделял больше внимания религиозным и мировоззренческим вопросам? Разделяли ли Ваши родители одно мнение в этих вопросах? Были ли у Ваших родителей трудности во взаимоотношениях с их окружением, связанные с их религиозными или мировоззренческими позициями?
- 52) Кто из Ваших родителей молился? Кто молился вместе с Вами? Кто интересовался такими вопросами, как жизнь после смерти, смысл бытия, сущность Бога и т.д.? Какое значение имеют эти вопросы для Вас?
- 53) Какое представление имели Вы, будучи ребенком, о религиозных и общественно-политических событиях? Какое влияние оказывают Ваши религиозная и мировоззренческая позиции на воспитание детей, выбор партнера и отношения к окружающим людям?
- 54) Какова была цель жизни Ваших родителей? Какова Ваша цель?
- 55) Как Вы относитесь к представителям другой веры и других мировоззренческих убеждений?
- 56) Верите ли Вы в жизнь после смерти? Если да: как Вы ее себе представляете? Как часто Вы ходите на кладбище?
- 57) Что бы Вы сделали, если бы у Вас не стало проблем? Как бы Вы стали тогда жить? Каковы Ваши цели на ближайшие 3 — 5 лет (месяцев, недель, дней)?

4. Пять ступеней позитивной психотерапии (практическая часть)

Пятиступенчатая позитивная психотерапия является терапевтической стратегией, лечебные аспекты которой взаимосвязаны с семейной терапией и самопомощью. В рамках индивидуальной, семейной и/или групповой терапии пациент постепенно приобретает навыки самопомощи согласно девизу: «Если тебе нужна рука помощи, поищи ее на конце собственной руки».

Эти пять ступеней:

- 1) *наблюдение/ дистанцирование;*
- 2) *инвентаризация;*
- 3) *ситуативная поддержка;*
- 4) *вербализация;*
- 5) *расширение системы целей.*

Пять ступеней — показательная модель того, как могут взаимодействовать различные психотерапевтические направления. Могут быть привлечены гештальт-терапевтические, поведенческие, глубиннопсихологические, психосоматические, гипнотерапевтические, медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения. Пять ступеней имеют три функции.

Общая и межличностная функция

Пять ступеней содержатся в любых межличностных отношениях. В них реализуется способность слушать (*наблюдение/восприятие*), ставить целенаправленные вопросы (*инвентаризация*), мотивированно соглашаться с вербально и невербально воспринятым (*ситуативная поддержка*), целенаправленно поставить проблему (*вербализация*) и, наконец, поддерживая отношения, направить взгляд на другие цели или точки зрения (*расширение системы целей*).

Из этого понятно, что пять ступеней играют особую роль, прежде всего, для терапевта. С их помощью он может ориентироваться в незнакомом ему мире переживаний, чувств и мыслей пациента, не боясь заблудиться, и в то же время, в достаточной степени отстранившись от его собственных концепций. Это означает также, что терапевтическая техника, методика или прием из терапевтического набора трюков являются вторичными, тогда как самостоятельное исследование терапевта при помощи пятиступенчатой стратегии оказывается первичным.

Терапевтическая функция первого интервью

Пятиэтапная схема исходит из модели процесса конфликта. Это можно наглядно представить на таком примере:

Когда мы сердимся на кого-нибудь, например, из-за его невежливости, это близко к тому, что мы ощущаем внутреннюю тревогу, открыто браним его или говорим с другими о его слабостях. В дальнейшем мы вдруг перестаем воспринимать его как человека со своими разнообразными способностями, а видим в нем только невежу, грубияна, который унизил нас своей неучтивостью. Мы уже не в состоянии замечать его положительные качества, так как негативные переживания будто бросили тень на отношения с этим человеком. Следствием будет то, что мы не будем готовы объясниться с ним, и любое объяснение превратится в конечном счете в борьбу за власть или взрыв эмоций. Коммуникация нарушена. В конце концов, это заходит настолько далеко, что люди начинают ограничивать собственные цели.

Ступени в этой модели конфликта, как и модель лечения в позитивной психотерапии, соответствуют возможностям, которыми располагает человек для решения конфликтов и проблем. Но гипотетическая модель конфликта не должна ограничиваться только этим. Мы в большей степени направляем свое внимание на исключительные особенности каждого конфликта, которые предполагают свои особенные возможности решения. Эти возможности решения тем не менее появляются не изолированно рядом друг с другом, а связаны один с другим в терапевтическом процессе, так как одна ступень может служить подготовкой и развитием другой. Практически это означает, что хотя пятиступенчатая стратегия может быть применена для каждого пациента, то пространство, которое занимают отдельные этапы, как и специально используемые методы, должны соответствовать потребностям конкретной ситуации:

Уже первое интервью охватывает две ступени дифференциально-аналитического процесса: наблюдение/дистанцирование и инвентаризацию. Однако эти ступени прежде всего касаются терапевта: они обеспечивают ему полный обзор конфликтной ситуации пациента. Процесс, в который включается здесь терапевт, захватывает затем и пациента. Он учится при помощи наблюдения/дистанцирования узнавать конкретные условия своего конфликта и в дальнейшем при инвентаризации получать доступ к менее конфликтным личностным сферам. Это формирует многонаправленное терапевтическое отношение, в котором участвуют терапевт, пациент и окружающий мир в качестве равноправных партнеров психотерапии, собственно говоря, психосоциотерапии.

Практика в дальнейшем будет описана подробнее.

а) Ступень 1: наблюдение и дистанцирование

Симптоматика, позитивное толкование симптомов, факторы, способствующие их проявлению, первое их возникновение, транскультурный подход, поговорки и притчи (дополнительные перспективы).

Терапевтические акценты: развитие способности слушать и воспринимать всецело. Как участники конфликта, члены семьи пациента, как правило, потеряли дистанцию от своих противоречий. Это способствует развитию невротических и психосоматических расстройств. Участники конфликта ведут себя точно так же, как и тот, кто стоит перед картиной, почти уткнувшись в нее носом: он видит лишь маленькую часть, зато очень четко. В каком содержательном и цветовом сочетании находится эта часть, он не видит. Он потерял из виду картину как целое, и вместе с этим, ее смысл.

Опросник «Первое интервью в позитивной психотерапии» в составе WIPRF (Висбаденский опросник к методу позитивной психотерапии и семейной терапии по *Peseschkian, Deidenbach, 1988*) дает всеобъемлющее представление о пятиступенчатом процессе. На этом этапе с его помощью выясняются важные аспекты.

Симптоматика, факторы, способствующие проявлению симптомов, и их первое возникновение. Терапевт устанавливает отношения с пациентом и при известных обстоятельствах с его семьей (привязанность). Он уделяет им время, приглашает на беседу, наблюдает ситуацию, которая представляется ему при встрече, и выслушивает их. Наряду с этим он структурирует эту информацию и выясняет собственные чувства, которые возникают у него в ответ на высказывания пациента.

Мы стараемся использовать все доступные источники, которые дают нам ситуативную и анамнестическую информацию о представленных симптомах и сопутствующем им поведении. При наблюдении внутри терапевтической ситуации происходит нечто очень важное: каждый член семейной группы получает сначала возможность представить себя сам, не ожидая при этом негативной реакции или даже наказания со стороны терапевта.

Позитивное толкование: параллельно с выяснением симптоматики терапевт дает (сначала для себя) общую позитивную интерпретацию имеющегося расстройства. Она должна учитывать, какое значение имеет болезнь для пациента и его семьи. Этот процесс помогает терапевту дистанцироваться от своих собственных восприятия и модели мышления; вместе с этим он позволяет избежать повторения невротической концепции пациента. Терапевт в подходящей ситуации сообщает результаты своего мысленного эксперимента пациенту и его семье. Впоследствии он дает то толкование, которое обеспечивает практически эффективнейшее изменение точки зрения. Успех этого процесса, разумеется, не должен приводить к соблазну нетерпеливо выделить позитивную интерпретацию из ее живых связей, так как при таких обстоятельствах она может быть воспринята как циничная насмешка (терапевт может при возникающих здесь трудностях рефлексировать свои собственные проблемы с четырьмя измерениями идеалов).

Позитивный процесс в своей альтернативной концепции приводит к новым исходным ситуациям, которые основательно могут изменить устои семьи. Одновременно с этим происходит нечто большее: семья учится преодолевать свои конфликты иными способами и отказываться от патологических фиксаций. Это первый шаг к самопомощи. На практике это выглядит следующим образом: мы спрашиваем о том значении, какое имеет симптом для человека и его социальной группы, выделяя при этом также «позитивную» сторону: какие позитивные аспекты имеет покраснение? Какие преимущества создает заторможенность? Какие функции выполняют нарушения сна? Что значит для меня тот факт, что я боюсь? и т.д. (примеры Вы можете найти в ч. II, 1 - 39).

Мы применяем другие оценочные возможности (переоценка, позитивное толкование, изменение точки зрения) не потому, что они объективнее: при этом мы преследуем цель сделать нашу систему отношений, взаимосвязей пациента и окружающего его мира относительно инициировать альтернативные возможности решения. На этом мы оставляем исходный симптом и движемся к тем областям, где пациент чувствует себя «позитивно», т.е. малосимптомно, относительно Я - сильным и способным к сопротивлению. Таким образом, здесь выделяются два аспекта: интерпретация симптома и подход к способностям пациента.

Транскультурный подход. Мы спрашиваем о том, как одно и то же нарушение или заболевание воспринимается и оценивается в различных культурных традициях, как другие люди той же культуры, что и пациент, и его семья, преодолевают эти состояния и какое особое значение имеют для них конфликты, каково их содержание. Эта относительность понимания болезни важна, помимо прочего, и для семейной динамики. В этом содержится определенная функция болезни; она вносит существенный вклад в отношения между членами семьи. При этом второстепенное значение имеет психический, психосоматический, психотический или соматический характер болезни. (Примеры Вы можете найти в ч. II, 1-39)

Поговорки. Богатый арсенал для мобилизации ресурсов пациента, вместо того, чтобы упорно решать давно известные проблемы, — притчи и народная мудрость, которые терапевт может предлагать как контрконцепции: здесь покидается улица с односторонним движением в коммуникативной структуре - пациент—терапевт.

В межличностных отношениях, так же как и в переживаниях и душевной переработке, при сопоставлении притч начинаются процессы, которые мы описываем как «функции» этих историй: функция зеркала, функция модели, медиаторная функция, функция депо, истории как носители традиций, как межкультурные посредники, как помощь в регрессии, как контрконцепции, как побуждение к изменению точки зрения. Притчи применяются в позитивной терапии не произвольно, а целенаправленно в рамках пятиэтапного лечения.

б) Ступень 2: инвентаризация

Терапевтические акценты: развитие способности целенаправленно ставить вопросы. Проблемы в последние 5 лет (10 пунктов)? Как перерабатывались проблемы? Пациенту коротко представляются 4 формы переработки конфликтов, которые в то же время играют важную роль при их возникновении. В данной ситуации его спрашивают: «Что произошло с Вами, Вашей семьей и Вашим окружением в этих областях в последние пять лет?» При этом терапевт принимает во внимание время возникновения симптомов или их прогрессирование. Кроме того, пациента информируют о значении микротравм согласно девизу «Капля камень точит!».

Механизмы реакции на конфликты: какое влияние оказывают проблемы и заболевания на состояние общего благополучия, профессиональную деятельность, партнера, семью и другие межличностные отношения, планы на будущее? Какое значение имеют тело и здоровье, профессия и работа, социальные контакты, общественные события, вопросы о смысле и планах на будущее для пациента и его семьи?

Модели для подражания: «путешествие в прошлое» или корни конфликтов: отношения с отцом, матерью, братьями, сестрами и другими значимыми лицами в детстве; время, терпение, идеал родителей, брак родителей, контакты с внешним миром, «жизненная философия» родителей, семейные девизы, обычаи.

Актуальные способности: какие оказывают микротравматическое воздействие? Задерживались ли способности в своем развитии, пренебрегали ими или они сформированы односторонне? Какое влияние оказывает это в психодинамическом, семейном и социальном аспектах?

Задача терапевта прояснить содержание конфликта и его динамику во всех трех аспектах. Например, с пациенткой, страдающей анорексией (симптом: сфера «тело/ощущения»), при помощи позитивной интерпретации (например, «способность разделить тяготы мирового голода»), транскультурного сравнения, поговорок и притч исследуются актуальные способности, которые содержательно связаны с симптомом (например, неверность партнера), как она на это реагирует (механизмы реакции на конфликты) и когда она обучилась этому способу реагирования (измерения идеалов). Результаты представляются с точки зрения пациента, в присутствии партнера также с его точки зрения: что означает, например, болезнь жены для партнера, какое влияние оказывает это на профессиональную деятельность, контакты и перспективы на будущее для других? Какое значение имеет «верность»

или «неверность» для партнера и какие стереотипы (измерение идеалов) наблюдаются у него? На этой основе происходит анализ конфликта, который способствует пониманию существенных конфликтных потенциалов в этих партнерских отношениях как для терапевта, так и для самих партнеров, независимо от того, присутствует второй участник конфликта или нет. Этим обеспечивается начало терапевтической работы.

в) Ступень 3: ситуативная поддержка

Терапевтические акценты: развитие способности выделять малоконфликтные составляющие и позитивные аспекты симптоматики. Какие позитивные аспекты имели эти события для Вас и Вашего окружения? Как Вы преодолевали предшествовавшие события и проблемы?

Делая акцент на тех моментах, которые мы переживаем как позитивные и вдохновляющие, нам становится легче считаться с теми моментами, которые мы воспринимаем как неприятные и негативные. Кратко говоря, это и есть основной принцип ситуативного ободрения в позитивной психотерапии. Я имел возможность постоянно убеждаться, что если партнер или семья постоянно сталкиваются с конфликтами и проблемами, то ситуация зачастую накаляется до такой степени, что она становится неконтролируемой. Если же мы интересуемся тем, что объединяет семью, несмотря ни на какие сложности, то мы ободрим членов семьи, способствуя восстановлению уже давно ушедших в прошлое позитивных отношений. Тем самым мы создаем общий базис, на котором семейные конфликты могут конструктивно преодолеваться, даже если ситуация в конце концов решится разводом или расставанием.

г) Ступень 4: вербализация

Терапевтические акценты: развитие способности целенаправленно обращаться к не пережитым до конца событиям и конфликтам. Какие проблемы еще открыты для Вас, какие (2 — 3) должны быть решены в ближайшие 4 — 6 недель? При помощи техник позитивной психотерапии конкретизируются те конфликты, которые до сих пор оставались невысказанными или неосознанными. Терапевт может рассмотреть ключевой конфликт в семье пациента как отношения *вежливости-открытости* и совместно с членами семьи выработать стратегию поведения. Мы спрашиваем конкретно: по отношению к кому и как часто возникают конфликты в области вежливости-открытости? Как и когда они проявляются? Каких актуальных способностей они касаются («Какое отношение это имеет к *справедливости, бережливости?*» и т.д.)?

В то время как на предыдущих ступенях мы создавали ситуативные предпосылки, старались расшатать застывшие позиции и поощряли способность к пони-

манию, теперь начинается непосредственное семейное обсуждение: у каждого расширился собственный базис, и каждый приобрел при помощи техник позитивной психотерапии тот язык, которому он доверяет решать конфликты, вместо того чтобы просто пассивно терпеть их. Тот искаженный язык, который или полностью исключает чувства, или состоит лишь из стереотипов, знаменует нарушение межличностных отношений.

д) Ступень 5: расширение системы целей

Развитие способности вкладывать энергию не только в проблемы, но и в другие жизненные сферы. Что бы Вы сделали, если бы у Вас больше не стало проблем? О чем Вы мечтаете? Чему бы Вы могли научиться у людей, которые ведут себя иначе, чем Вы?

Умный торговец не станет вкладывать весь свой капитал в один-единственный проект. Он вложит его в различные проекты. Нарушенные коммуникации обычно приводят к ограничению контактов. Партнера наказывают тем, что ему что-то запрещают или отстраняются от него. Следствием этого становится охлаждение или отчуждение в межличностных отношениях. Этот процесс мы называем служением цели. Основным принципом расширения цели является то познание, что наши партнеры обладают еще целым рядом возможностей, помимо тех областей, которые в настоящий момент конфликтны. Основой для расширения цели служит контрконцепция, или концепция расширения. Уже сама по себе каждая встреча с партнером, который представляет иные концепции, является по крайней мере потенциальным расширением цели: что бы Вы сделали, если бы у Вас не стало проблем? О чем Вы мечтаете? Что бы Вы хотели сделать, если бы Вы однажды смогли позволить себе стать неразумным? Чему Вы можете научиться у других людей, которые ведут себя иначе, чем Вы?

Пять ступеней в терапии и самопомощи

Пять ступеней в первом интервью побуждают пациента к осознанию своей способности к самопомощи. Так он может, лучше вооружившись, включиться в терапевтический процесс и овладеть системой самопомощи на всю дальнейшую жизнь. Пациент, или партнер, или семья пациента, ознакомятся теперь с применением пяти ступеней в самопомощи. Одна из трех проблемных областей, которые пациент назвал в первом интервью, прорабатывается совместно с терапевтом.

а) Ступень 1: наблюдение и дистанцирование

Акценты расставить — во временном промежутке от 1 до 4 недель — в любом случае на привязанности и позитивной интерпретации. Этому помогут следующие мероприятия:

Наблюдение: понаблюдайте за поведением Вашего партнера. Запишите, на что Вы сердитесь и чему Вы радуетесь. Опишите эти ситуации подробнее. Вспомогательные вопросы: по отношению к кому и когда Вы ощущаете раздражение и подавленность? Когда Вы радуетесь и ощущаете себя полностью счастливым? Что Вам нравится в Вашем партнере, что нет? Что привлекло вас друг в друге и что еще держит вас вместе? Генерализованное неприятное ощущение сводится в один постижимый гештальт, который позволяет увидеть новые аспекты и включить в поле семейных взаимоотношений процесс переучивания.

Записи выполняют при этом вентильную функцию: пациент, занимаясь своим конфликтом, тем не менее, не усиливает этим внешнюю конфликтную ситуацию.

Отказаться от критики: наблюдая за Вашим партнером, не критикуйте его. Место критики занимает наблюдение за партнером, который уделяет Вам недостаточно внимания, педантичен, невежлив и т.д. При помощи дистанцированного наблюдения и отказа от критики конфликт будет осознан. Противоположная сторона его уже с этого момента будет восприниматься с другой точки зрения. От семейных привычек отказываются, как и от игры в критику, по крайней мере, на время, а связанные с ними ожидания разочаровывают. Для того члена семьи, решившего сделать этот шаг к самопомощи, стадия наблюдения/ дистанцирования требует времени, которое нужно уделить партнеру, и терпения, чтобы принимать его таким, каков он есть.

Решать проблемы вместе с партнером: проблемы — это личное дело. Не обсуждайте их с третьим лицом. Вместо того чтобы говорить о страхах, агрессии и депрессиях, заметьте те обстоятельства, при которых они возникают. Еще лучше, отметьте, при каких обстоятельствах не появляются проблемы.

Реальное и желаемое действие. Опишите свой конфликт на языке реальных и идеальных действий. Исследуйте альтернативное поведение. Процессу переучивания сильнее всего мешает то, что вовлеченные в конфликт люди видят только конфликт и ничего больше. Их реакции на конфликты кажутся им предопределенными судьбой. В этот момент наша цель — помочь пациенту открыть для себя альтернативные установки и образ действий. Пациент вкратце описывает создавшуюся конфликтную ситуацию. Реальное действие описывает его реакцию, исходящую из некоторой концепции. Желаемое действие включает в себе контрконцепцию, которая кажется пациенту подходящей.

Ситуация	Реальное действие	Желаемое действие
Г-н Б. имеет весьма ответственную должность. По вечерам он очень поздно приходит домой. Его дети видят отца только в воскресенье. Времени на игры с ними у него все равно не бывает, поскольку в выходные он разбирает свою корреспонденцию.	Жена: «Ты живешь ради своей работы или ради меня и детей? Выбери же, наконец!»	Жена: «Я знаю, как трудна твоя работа, и мы умеем ценить твои достижения. Не могли бы мы тебе как-нибудь помочь, чтобы у тебя иногда хватало времени на нас? Мы постараемся вместе преодолеть невзгоды.

Переносить беспокойство: многие люди боятся посмотреть в глаза своим проблемам и конфликтам. Они ощущают себя поэтому неуверенно, беспокойно и страдают, когда не могут этого избежать. Однако психотерапия и семейная терапия предполагают именно такую конфронтацию. Это похоже на ощущения у зубного врача, когда он сверлит, пораженный кариесом, больной зуб. Этого усиления боли почти невозможно избежать. Но затем зубной врач ставит пломбу и закрывает образовавшуюся дырку. Боли прекращаются. В аналогичной ситуации находится семья, которая решается на семейную терапию. Ее члены страдают. Но вмешательство терапевта не обещает мгновенного устранения неприятностей, а, наоборот, преходящее усиление беспокойства. Это, однако, не следствие терапевтической ошибки, а важный шаг в лечении и лучшее доказательство того, что затронута центральная невралгическая точка.

б) Ступень 2: инвентаризация

Сферы переработки конфликтов. Напишите, в каких сферах у Вас возникают проблемы? Как Ваш партнер преодолевает свои проблемы?

Четыре модели для подражания: кто был Вашим кумиром? Какие отношения были у родителей с Вами и между собой? Как Ваши родители относились к другим людям и социальным группам? Как относились Ваши родители к вопросам религии и мировоззрения? Как Вам представляются четыре измерения идеалов для Вашего партнера?

Актуальные способности: заполните дифференциально-аналитический опросник (ДАО) в отношении себя и других участников конфликта. Напишите по-

яснение к Вашим ответам, соответствующие ситуации. На основании этого перечня актуальных способностей мы устанавливаем, в каких поведенческих сферах пациент и его партнер обладают позитивными, а в каких негативными качествами.

Здесь могут быть также использованы различные психодиагностические тестовые методики, как Giessen-Test, Фрайбургский личностный опросник (FPI) и Висбаденский опросник к методу позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPFF; Peseschkian, Deidenbach, 1988).

Концепции: какие девизы или принципы были популярны в Вашем доме? Какая концепция преобладает сегодня? Каковы концепции Вашего партнера? Кто Ваш любимый писатель? Какие из его высказываний приходят Вам в голову и что они для Вас означают? У кого Вы лечились до настоящего времени? Как Вы, Ваш партнер, Ваши родители, лечившие Вас врачи относились к психотерапии?

Разногласия и анализ взаимодействия: в каких областях Вы и Ваш партнер имеете различные взгляды, которые приводят к возникновению конфликта? На какой из стадий (привязанность, дифференциация, отделение) ощущаете Вы себя, а на какой — Вашего партнера?

в) Ступень 3: ситуативная поддержка

Чтобы построить доверительные отношения, пациент учится усиливать отдельные положительные качества своего партнера и принимать во внимание корреспондирующие с ними свои критически выраженные качества.

Относительность ценностей: каждый человек обладает положительными и отрицательными качествами. Что является позитивным или негативным, не установлено абсолютно, а зависит от концепций, которые для Вас определяют масштаб. То, что Вы считаете негативным, Ваш партнер может не воспринимать как негативное. Спросите себя, какие Ваши ожидания и установки соответствуют собственному критическому поведению и таковому Вашего партнера. Критические элементы поведения Вы можете установить при помощи техник позитивной психотерапии.

Ситуативная поддержка: не критикуйте Вашего партнера. Поощряйте его позитивное поведение в течение 1 — 2 недель (содержательно, коротко и сразу). Этим Вы способствуете развитию базиса доверия в Вашем партнерстве. Будет недостаточно сказать в общем: «Ты приятный человек» или «У тебя красивые глаза». Скорее подойдет усиление конкретного поведения или актуальной концепции.

Парадоксальная поддержка: поощряйте своего партнера и при его критическом поведении. Поищите позитивные аспекты, которые имеют свои «ошибки» для Вас и для него. Этим Вы измените свою точку зрения. Если Вы до сих пор прежде всего замечали неаккуратность Вашего ребенка, то теперь Вам откроются и позитивные стороны его неаккуратности: его собственный вид порядка и креативный подход к нему.

Преодоление сопротивления: у Вас может возникнуть вопрос: почему я должен ободрять партнера, с которым у меня конфликт, который меня злит и которого я охотнее бы наказал (справедливость)? Постарайтесь найти ответ на этот вопрос.

Психосыворотка: займитесь аутогенной тренировкой, прогрессивной релаксацией или другими релаксационными методами. Если Вы прекрасно чувствуете себя в расслабленном состоянии, представьте себе образно позитивные аспекты критического поведения. Пример: «Моя депрессия — это часть моего освобождения (моей разгрузки). Когда я чувствую себя подавленно, я позволяю упасть всем моим обязанностям, всему напряжению и даже себе самой. Моя депрессия — это противовес моей потребности быть все время лучшей и достигать все время наибольших результатов» (43-летняя пациентка).

Притчи как психосыворотка: большая часть концепций и контрконцепций нашла отражение в поговорках и притчах. Их преимуществом является пластичное, живое слово. Представьте себе Ваши концепции и контрконцепции в форме притчи и поговорок: «Мы не подходим друг другу, мы совсем разные люди» (концепция). «Общее приносит нам успокоение. Противоречия делают нас продуктивными» (контрконцепция).

На этой стадии терапевт назначает необходимые лекарственные средства, причем важно дать пациенту установку на прием лекарств.

г) Ступень 4: вербализация

Проблемы и нерешенные конфликты конкретизируются и вербализируются; проведение партнерской, семейной или профессиональной группы.

Начинать беседу: партнер предъявляет свою проблему и пожелания. Слушайте внимательно, будьте вежливы. Спросите себя и Вашего партнера, какое значение имеет для него проблема, с какого времени она существует и как он ее преодолевает. Прежде чем давать совет, попробуйте познакомиться с его концепцией и помочь ему познать его собственную концепцию самому. Если он, например, употребляет алкоголь, что это значит для него?

Быть искренним: конкретизируйте для Вашего партнера свою собственную проблему: Как Вы относитесь к ней? Какое значение имеет для Вас конфликт? Чего Вы хотите этим достичь? Какая Ваша болезненная точка?

Искать возможности решения: для возникающих проблем ведется совместный поиск возможностей их преодоления. Подумайте о том, что как Вам самим, так и Вашему партнеру понадобится время, чтобы изменить точку зрения. Вы обладаете своей собственной волей. Свою личную волю имеет и Ваш партнер. Если Вы честно сказали, что считаете правильным, это будет его делом извлечь что-то из этого. То же самое относится и к Вам.

Правила беседы: участники обязуются сохранять в тайне содержание разговора. Не забывайте, что неуважение по отношению к Вам и Вашему партнеру повредит больше, чем открытый разговор в подходящий момент. Неуважение — это несправедливость по отношению к партнеру. Не только упражняться в критике, но и вовремя сказать, как можно сделать лучше.

Семейная группа: все члены семьи регулярно собираются в условленное время. Это может происходить один раз в неделю. Такие собрания могут, однако, созываться и для особых случаев.

Разделение обязанностей и обмен ролями: один из членов группы принимает на себя на некоторое время обязанности и ролевые функции, которые до сих пор выполнял другой член группы. Так, например, отец становится домохозяйкой, мать берет ответственность за планирование семейного бюджета, которая обычно лежит на главе семьи, дети со своей стороны выполняют те обязанности и функции, которые постоянно свойственны родителям, например, ведение хозяйства, планирование, советы.

д) Ступень 5: расширение системы целей

Цели и пожелания на ближайшие 5 лет, 5 месяцев, 5 дней исследуются и разрабатываются в соответствии с четырьмя сферами переработки конфликта: «Что бы Вы сделали, если бы у Вас не стало больше проблем?»

Расширение системы целей: расширьте Ваши цели в сфере актуальных способностей (к каким актуальным способностям Вы до сих пор относились излишне строго?). Осваивайте новые для себя возможности в преодолении конфликтов (какие сферы были до настоящего времени вовлечены недостаточно?) Какие формы отношений Вы считаете перспективными для себя и Вашего партнера (четыре измерения идеалов)?

Семейная группа, родительская группа, партнерская группа и обмен ролями по-прежнему продолжают. Однако здесь они служат уже не только преодолению проблем, но и открытию новых возможностей и целей на будущее.

Партнер не принимает участия: что Вы будете делать, если партнер не сотрудничает с Вами? Не забывайте о том, что Вы имеете свои интересы. Вы живете не только для других, но и для себя. Зачастую партнеру со своей стороны требуется больше времени, прежде чем он сможет последовать Вашему примеру. Задайте себе вопрос: почему мой партнер не хочет сотрудничать? При этом наверняка обнаружатся признаки недопонимания: мой партнер не хочет сотрудничать, потому что чувствует себя застигнутым врасплох или он нашел другой путь, который трудно принять мне?

Вывод: пятиступенчатая модель не является жесткой схемой, в которую нужно втиснуть живого пациента и его семью. Отдельные ступени не надстраиваются друг над другом статично, а взаимосвязаны друг с другом динамичными изменяющимися отношениями. Таковы наблюдаемые, отличительные, ободряющие, вербализуемые и расширяющие цели моменты терапевтического процесса, которые в соответствующей ситуации могут стать залогом успешного лечения. Кроме того, каждая встреча имеет структуру пяти ступеней. Это относится прежде всего к семейно-терапевтической первой беседе, уже в процессе которой могут быть сообщены решающие импульсы для активизации самопомощи (*Richter, 1976*). Этим уже достигается существенная терапевтическая цель: семья сообща работает на основе пяти ступеней в русле самопомощи. Терапевт больше не является «ведущим» семейной группы, а лишь «советником». Терапия часто, таким образом, завершается уже после первой беседы.

То, что продолжается, — это уже самопомощь, а она длится всю жизнь.

Стратегии позитивной психотерапии

Следующие стратегии позитивной психотерапии представляют собой обзор возможностей применения терапевтических техник. Они гибко связаны с особыми требованиями ситуации, в которой находится пациент или его семья.

а) Работа с одним пациентом

Согласно тому положению, что изменение одного элемента системы влияет на всю систему в целом, в рамках позитивной психотерапии пациент получает задание оставить роль больного и действовать в своей же собственной ситуации в качестве врача. Исследования показывают, что в случае исходно не мотивированной семьи в результате такого процесса снижается сопротивление других членов семьи, и они могут быть вовлечены в полноценную семейную группу. Смена

роли от пациента к терапевту своей же ситуации способствует, помимо этого, изменению точки зрения, что ставит под вопрос семейные обычаи и поэтому может влиять терапевтически.

В позитивной психотерапии мы не только обращаемся к анализу проблематики переноса, но и, предлагая темы, притчи, способствуем возникновению фантастических, интуитивных ассоциаций.

б) *Партнерские проблемы*

Жалобы относятся здесь обычно к сфере актуальных способностей. Терапевтическую работу мы начинаем с актуальных способностей (ДАО). Следующий шаг заключается в позитивной интерпретации симптоматики или критических актуальных способностей, при которых могут найти применение и межкультурные сравнения. Чтобы облегчить взаимопонимание, к обсуждению привлекаются четыре модели для подражания.

в) *Нервный срыв*

При сложных семейных проблемах в первую очередь следует активизировать базовые способности пациента и его партнера. Если существует опасность разрыва партнерских отношений, оправданным является не акцентирование на возникших конфликтах, а прежде всего, обращение к потенциалу самопомощи; следует познакомить партнера с пятью ступенями позитивной семейной терапии. Только потом мы возвращаемся к конфликтам и их содержательному анализу.

г) *Нуклеарная семья (отец—мать—ребенок)*

Главная проблема — это отношения «Привязанность—дифференциация—отделение» как стадии детско-родительских отношений. Содержательно эти три формы интеракций соотносятся с актуальными способностями и моделями для подражания.

д) *Работа с расширенной семьей*

Наряду с нуклеарной семьей в лечение могут вовлекаться и другие члены семьи: бабушки, дедушки, дяди, тети, близкие друзья и т.д. Численность этой группы может ограничиваться лишь организационными возможностями. Еще больше, чем прежде, возрастает значение концепций.

е) *Психосоматика и семья*

Отличительная черта многих психосоматических больных — это отрицание конфликтов, что проявляется и игнорированием семейных конфликтов. Встает задача от одного психосоматического симптома прийти к лежащим в его основе

психосоциальным конфликтам и от них — к переработке конфликтов. Введение в терапию — 4 сферы переработки конфликтов. Они предлагаются уже потому, что психосоматические больные обычно начинают с предъявления своих симптомов. От форм переработки конфликтов мы переходим к микротравмам (актуальные способности — ДАО). Только затем мы обращаемся к базовому конфликту в форме моделей для подражания. Ключевую роль играет позитивное толкование симптомов, которое в лучшем случае исходит от пациента. Значение, которое имеет его болезнь в его жизни, он сам часто знает лучше всех. В зависимости от ситуации пациент может сыграть активную роль в пяти ступенях самопомощи.

ж) Психозы в позитивной семейной терапии

Здесь подразумеваются экстремальные ситуации или такие, в которых существует опасность декомпенсации. В остальном применимы те принципы, которые показаны для работы с нуклеарной семьей. Подробнее можно прочесть во II ч., гл.28.

з) Позитивная групповая психотерапия

Позитивная психотерапия работает тематически. Обсуждаемые темы предлагаются либо членами группы (например, проблема супружеской верности), либо терапевтом в форме притчи. Эти притчи и истории в таком случае становятся источником ассоциаций для членов группы. Важным принципом упорядочения Групповой психотерапии являются три стадии взаимодействия: привязанность — дифференциация — отделение. Следуя этим категориям, шаг за шагом в применение включаются техники позитивной семейной терапии. Так, на длительное время тематическим центром группы могут стать актуальные способности, четыре формы переработки конфликтов и т.д. Речь идет здесь, прежде всего, однако, не о приобретении теоретической компетентности. В большей степени целью является то, что в процессе групповой работы каждый член группы в связи с предложенной темой возвращается к своим личным переживаниям и концепциям, актуализирует их и выносит на группу. Чтобы расширить эту информацию, терапевт дополняет концепции группы, например, при помощи альтернативных транскультурных сравнений. Преодолеть кризисы в группе помогают позитивные интерпретации. Это вовсе не означает, что предпринимается попытка успокоения и смягчения ситуации. Скорее члены группы при таком позитивном толковании получают новую информацию, которую они вкладывают в поиски стратегий преодоления проблем для каждого участника.

и) Группы самопомощи

Технически приемлемо все то, что мы говорили о групповой психотерапии. Правда, в группе самопомощи акцент делается на актуальные конфликты. При

этом существенным является самопознание, восприимчивость собственных концепций и чувств. Таким образом, члены групп самопомощи на основе техник позитивной семейной терапии познают свои собственные концепции и учатся видеть их относительность внутри группы при помощи транскультурных междисциплинарных примеров. Группа самопомощи действует в четырех направлениях:

- 1) отношения врач — больной, учитель — ученик, юрист — клиент и т.д.;
- 2) отношение врачей (юристов, учителей и т.д.) к своим коллегам и отсюда — возможность междисциплинарного сотрудничества;
- 3) отношение участников к своим собственным семьям;
- 4) отношение участников к мировоззренческим вопросам, их жизненная философия и религия.

Эта форма групп самопомощи задумана как шаг к всеобъемлющей «объединяющей психологии», в которой возможно сотрудничество представителей различных специальностей, принятие во внимание психологических аспектов и реализация человеком своей способности к самопомощи.

5. Три аспекта психосоматики в позитивной психотерапии

Притча: «Черепичник»

В Арии, древней Персии, один царедворец захотел посмотреть, как продвигается строительство нового дворца. Он увидел мастеров и ремесленников, которые усердно трудились. С удивлением наблюдал он за подручными рабочими, которые подбрасывали каменщикам на высоту трех этажей высушенную глиняную черепицу. Один из подручных превзошел всех остальных. Он подбрасывал свою черепицу выше всех с невероятной силой и точностью, в то время, как у других многие черепичины, не достигая каменщиков, падали на землю и вдребезги разбивались. Некоторое время царедворец зачарованно смотрел на него. Наконец, обратился к подручному: «Друг мой, ты творишь совершенно невероятные вещи. Ты бросаешь черепицу выше всех, твои броски превосходят по меткости броски всех твоих товарищей. Как тебе это удается?» Рабочий ответил: «Почтенный господин! Я внутренне счастлив. Источником моей силы является гармония, в которой я живу с моей женой. Ее доброе слово провожает меня утром на работу и встречает дома вечером. Она создана для меня, а я - для нее». От этих слов придворного охватила зависть. Без единого слова он покинул строительство и отправился в селение, где разыскал жену этого подручного. Он увидел молодую женщину с приятной внешностью и учтивой улыбкой, с привлекательной фигурой, просматривавшейся в складках одежды. «Ты любишь своего мужа?» - без приветствия спросил он. Она потупила взор и ответила: «Да, господин!» На его губах заиграла насмешливая улыбка: «Ты — свет моих очей. Твой взгляд — бальзам на мою душу. Скажи мне, за что ты любишь своего мужа? Что такого ты находишь в нем? Он меньше чем просто рабочий, он подручный, раб. Его тело черно от загара, а его руки потрескались от тяжелой работы. Не завянет ли такой цветок, как ты, в этих грубых руках?» Женщина растерянно отвернулась, тихо сказала: «Бог с тобой», — и пошла в дом. С тех пор каждый раз, посещая строительство, царедворец обращал особое внимание на того подручного. Не долго все было так, как в первый раз, и броски этого человека стали неловкими. Чаше его черепичины не достигали цепких рук каменщиков, подручный выглядел больным и меланхоличным, перестал бывать в мечети, которую раньше регулярно посещал для молитвы. В конце концов, царедворец не выдержал и закричал: «Эй, ты! И ты еще хочешь получать деньги за то, что делаешь? Ты бьешь черепицы больше, чем вообще стоит твоя работа. Почему ты не работаешь так, как раньше?» «Облако закрыло мое семейное счастье», — грустно ответил подручный. «Я больше не знаю радости дома. Моя жена стала не той, что прежде. Молитва не при-

носит мне больше мира, и я не верю людям». С удовлетворением царедворец осмотрел его сверху вниз: «Не думай об этом, мой друг, ты не единственный человек, у которого есть такие проблемы» (Восточная притча).

Говоря о психосоматике, мы можем рассматривать ее в рамках позитивной психотерапии с трех позиций: в узком, широком и всеобъемлющем смысле.

Психосоматика в узком смысле

Это специфическое научное и лечебное направление, которое устанавливает взаимосвязи между душевными переживаниями и реакциями организма. Часто спрашивают о том, какие специфические конфликты и события у каких людей приводят к определенным заболеваниям, следствием которых являются органо-патологические изменения. Сюда относятся соматические заболевания и функциональные расстройства организма, возникновение и течение которых зависит преимущественно от психосоциальных обстоятельств. Прежде всего, речь идет об известных стрессовых болезнях, таких как язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, функциональные сердечные расстройства, головные боли, колиты, ревматические заболевания, астма и др. При этом мы можем выделить две группы:

а) Функциональные расстройства

При этом нарушение происходит на уровне нейровегетативной и гормональной регуляции функций отдельных органных систем (ср.: «Модель конфликта в позитивной психотерапии в применении к психосоматической медицине», I ч., гл.3, рис.1). Подтверждением этому является выделение гормонов (катехоламинов) из мозгового вещества надпочечников в ответ на волнующие события, которое наряду с другими проявлениями способствует возникновению чувства жара, потливости, тревожности и т.д.

В народе уже давно известны эти взаимосвязи, нашедшие свое отражение в таких пословицах, как: «Злость бьет по желудку», «У него разлилась желчь», «От этого тошнит», «Волосы встали дыбом от ужаса» (ср.: «Поговорки и народная мудрость», II ч., гл.1—39).

б) Органические нарушения

В известной мере гнев просто въедается в орган, что приводит к патологическим изменениям, выявляемым объективно. Последние могут выражаться во всем многообразии заболеваний: кожные изменения (например, экзема), изменения слизистых (например, язва), соответствующие осложнения в виде кровотечения, перфорации желудка и др. Как показывают психосоматические исследования, таким изменениям может подвергаться любая из органных систем. Называемые

также психосоматозами заболевания часто являются первичной реакцией организма на конфликтное переживание, которое можно связать с органопатологическим состоянием. Больной не говорит о своем переживании, он сообщает только симптом. Такие заболевания зачастую являются следствием хронического вегетативного перенапряжения, которое при соответствующих обстоятельствах приводит к «органике».

Именно здесь начинается психотерапия. Лечению при этом подлежит в первую очередь не органическое заболевание, а весь узел взаимосвязей, способствующих возникновению заболевания. Альтернатива лечения этих заболеваний либо как соматической патологии, либо только психотерапевтически с этой точки зрения перестает быть проблемой. С одной стороны, задача врача — контролировать течение заболевания и предотвращать опасное его прогрессирование; с другой — психотерапия решает задачу по выявлению негативно влияющих факторов внешнего мира и таким образом уменьшает перенапряжение пациента. Разумеется, такой процесс предполагает сотрудничество соматического лечащего врача, психотерапевта и его семьи.

Вывод. Описанные выше классические заболевания психосоматической медицины относятся к группе психосоматики в узком смысле этого слова. Невозможно строгое разграничение психических, психосоматических и чисто соматических заболеваний. Они трактуются как мультифакториальные проявления. Как мы увидим в дальнейшем, это относится не только к психосоматическим заболеваниям в узком смысле слова. В принципе целесообразным считается придерживаться в этиологии, терапии и прогнозе любой болезни мультифакториального подхода.

Психосоматика в широком смысле

Для целого ряда заболеваний до сих пор не выявлена точная, научно обоснованная причина, поэтому предположительно их называют «эндогенными», «идиопатическими», в лучшем случае просто «криптогенными», т.е. с неизвестной причиной. Достаточно часто это звучит так: «Этиология неизвестна». Предполагается существенное участие психики в проявлении таких болезней, в основе которых лежат, так называемые вегетативные расстройства, типа функциональных нарушений сердечного ритма, функциональных расстройств кровообращения и симптомокомплекса «вегетативной дистопии». Помимо этого, существенное влияние психического фактора признается при так называемых классических психосоматических заболеваниях, к которым исторически относят следующие семь болезней («Holy seven»): язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальная гипертония, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальная астма.

Психосоматика в широком смысле подходит к этой проблеме со своей точки зрения: как влияет душевно-соматическое заболевание на больного и его жизнь и какие реакции окружающего мира оно может провоцировать? От многопланового подхода к вопросу мы приходим к переменному влиянию и, наконец, переплетениям, в которых находятся психосоматические проявления. Психосоматика в широком смысле имеет дело со структурой обстоятельств, в которой развиваются психосоматические расстройства и в которую они тесно вплетаются. Авиценна (ср.: I, гл.2) по своему способу лечения был типичным представителем этого аспекта психосоматики.

К психосоматике в широком смысле относятся также вопросы отношения врача и обслуживающего персонала к больному, в том числе и социально-экономические факторы или видение человека, которое является фоновой концепцией в том, как человек относится к своему телу (Я), к другим людям (Ты и Мы) и к незнакомому и непознаваемому (Пра-Мы).

Психосоматика в широком смысле дополняется тремя составными сферами переработки конфликтов и переживаний, которые в известной мере служат медиаторами в психосоматической структуре обстоятельств. Речь идет о сферах деятельности, контактов и фантазии.

В этой связи могут быть выделены четыре группы психосоматических симптомов:

а) Психосоматические симптомы как проявление конфликтного переживания

К этой группе относятся конверсионные симптомы, описанные Joseph Breuer и Sigmund Freud в 1895 г. как первые психосоматические проявления заболевания. К ним принадлежат параличи рук и ног, слепота, глухота и другие сенсорные нарушения, не являющиеся следствием патологоанатомических повреждений, а в своем органическом выражении протекающие в соответствии с подсознательными субъективными представлениями больного. В симптоме представлена бессознательная фантазия, болезненное явление приобретает умозрительное содержание.

Эта группа проявлений психосоматического органического языка может быть также следствием чувства опасности. Так, Panse (1952) и Battegay (1970) установили, что люди при угрозе бомбардировки во время войны, т.е. в состоянии страха и шока, давали архаические реакции, например, выражая испуг и чувство страха в виде примитивного рефлекса повышения кровяного давления. Аналогичными архаичными реакциями являются рефлекс мнимой смерти или паническая двигательная гиперактивность, которые проявляются в экстремальной ситуации.

б) Психосоматические симптомы как индикаторы конфликтного или недостаточного переживания

К этой сфере принадлежат так называемые функциональные синдромы, которые определяются диагнозами «психовегетативные расстройства» или «вегетативная дистония». Около 60% всех больных, посещающих врача общего профиля или терапевта, страдают этими расстройствами. Большей частью речь здесь идет о подострых, часто меняющихся проявлениях нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем.

Многие из этих расстройств мы можем понять как проявление языка органов. При любых лежащих в основе переживания нарушениях, при высокой ранимости в аффективной сфере и при страхе речь может идти о более или менее неспецифичных соматических симптомах.

Повсеместно бытует представление, что психосоматические больные испытывают трудности в проявлении своих чувств (алекситимия). Зачастую они мало знают о том, что их тревожит. В то время как у здоровых или у невротиков, например, сновидения, фантазии или символические интеракции ранних воспоминаний интегрируются в виде сцен, у алекситимиков внутренняя пустота заполняется внешними деталями. В этой связи французские исследователи Marty и соавт. (1963) говорили об операциональном мышлении, поскольку эти люди часто считают, что их тело должно функционировать, как аппарат, без участия эмоций. Только психосоматические расстройства сигнализируют о том, что у этих лиц эмоциональные процессы, которые они упорно игнорируют, в значительной степени повреждены.

в) Психосоматические симптомы как сопутствующие проявления препсихотических и психотических заболеваний

С этиологической точки зрения такие сопутствующие проявления могут быть малоинтересны и вторичны. Для пациента, который вынужден с этим считаться, для его близких, для обслуживающего персонала и врачей эти расстройства могут оказаться распутием в отношениях врач — больной. Уже *Kraepelin* в 1904 г. акцентировал внимание в своем *Руководстве по психиатрии* на таких соматических сопутствующих явлениях, в особенности при шизофрении, как нарушения сна, аппетита, колебания массы тела и т.д. Психосоматические симптомы могут проявляться и при шизофреническом дефекте личности. Нередко мы сталкиваемся с тем, что больные, чей аффективный интерес к внешним событиям значительно ослабел, неумеренно предаются еде — следствием этого является прибавка массы тела и соответствующие изменения внешности.

Депрессии, особенно «эндогенные», могут также сочетаться с соматическими симптомами. У многих пациентов эти симптомы даже выходят на первый план и заслоняют лежащую в основе депрессивную симптоматику.

г) Психосоматические симптомы при чисто соматических заболеваниях

При тех заболеваниях, которые считаются чисто соматическими, таких как опухоли и переломы, в зависимости от обстоятельств можно выделить психологические аспекты не только в их развитии, но и в особенности при их переработке. Соматическое заболевание является при этом отчасти выражением определенной жизненной констелляции, отчасти оно также дает повод для соответствующей переработки.

Мы обнаруживаем психосоматические феномены, как при соматических заболеваниях, обусловленных полностью или частично душевным фактором, так и, наоборот, при соматопсихических расстройствах. Здесь речь идет об обратном влиянии соматических заболеваний на переработку переживаний. Типичный пример тому - хронические заболевания и психические процессы адаптации и защиты при соматических заболеваниях. В конечном итоге они определяют, как больной может обращаться со своей болезнью и какое место отводит заболеванию в своих жизненных планах. Одна и та же болезнь у различных людей может иметь следствием различное соматическое, душевное и социальное страдание, в зависимости от того, какие адаптационные и защитные механизмы сознательно или бессознательно подключает больной. Пациенты с первичным хроническим полиартритом, к примеру, при объективно одинаковых суставных деформациях и одной и той же степени воспалительного процесса, могут чувствовать себя совершенно разбитыми, в страдании лежать в постели, пассивно переносить тяжелейшие боли и зависеть от помощи окружающих. Или могут активно участвовать в группах самопомощи, искать средства облегчить состояние, которые, несмотря на ограничения, могут способствовать нормальной жизни, и на этой основе строить свою жизнь с этой болезнью, несомненно, доставляющей страдание.

Соматопсихический аспект психосоматики приобретает все большее значение. Огромное число хронически протекающих заболеваний, а также возросшая чувствительность к последствиям заболеваний и медицинских вмешательств, к переживаниям вообще открывают широкие области применения психосоматики.

Психосоматика во всеобъемлющем смысле

Психосоматика во всеобъемлющем смысле ориентируется на социокультурную сферу, которая с определенных позиций отражает четыре области переработки конфликтов. К ним мы относим *сферы индивидуума, науки, культуры, политики, экономики, религии и мировоззрения*. Все эти сферы включаются в жизнедеятельность человека. По своему содержанию они формируются неодинаково, в зависимости от культурных условий, уровня развития и конкретной ситуации. Они не постоянны и пересматриваются и расширяются при каждой встрече

с новым человеком, с другой культурой. Это транскультурное измерение данной модели. Метод позитивной психотерапии мы развиваем так же, как ответ на эти вопросы.

Как мы уже видели при рассмотрении психосоматики в узком и широком смысле, на соматически - душевное равновесие человека влияет множество факторов, имеющих значение для возникновения, течения и прогноза заболевания. Психосоматика во всеобъемлющем смысле наряду с соматически-душевным взаимодействием рассматривает также общественную структуру условий, в которых живет человек и с учетом которых становятся понятными реакции окружающего мира на него и, наоборот, его реакции на окружающий мир.

Симптом проявляется вовсе не в «безвоздушном пространстве». Судьба симптома, как при его возникновении, так и при дальнейшем развитии зависит от того, что обусловило его проявление, какое значение ему приписывается, каков характер его требований и как он влияет на жизненную ситуацию. Таким образом, мы можем говорить о социопсихосоматическом подходе.

Позитивная психотерапия предлагает ответ на эти проблемные вопросы, учитывая вышеназванные сферы для понимания психосоматики во всеобъемлющем смысле.

а) Сфера индивидуума

*Три вещи образуют медицину:
болезнь, больной и врач.
Любое врачебное искусство будет,
напрасным, если больной
не будет сотрудничать со своим врачом.*

(Парацельс)

Каждый человек обладает множеством способностей и возможностей, с которыми он приходит в жизнь, не дифференцируя еще как способности к познанию и любви, и которые развиваются на протяжении его жизни в зависимости от требований окружающего мира и значимости его способностей. Эти способности касаются когнитивной и эмоциональной сферы, а также общего способа реагирования организма. Человек, который в отличие от животного обладает способностью самовосприятия и формирования образа самого себя, может устанавливать отношение к своему телу так же, как и к своим эмоциональным и когнитивным способностям. С возрастанием его самостоятельности он учится обращаться с самим собой. Поскольку темой нашей работы является психосоматика, нам особенно интересно понять, какие контакты мы устанавливаем со своим телом, как мы вступаем с ним во взаимоотношения и обращаемся с ним. Под этим мы подразумеваем формирование отношения к боли, еде, движению, спорту, сексуальности, эстетике,

атлетике, сну, здоровью и болезни. Организмом при этом является не только то, что мы понимаем как самих себя или совокупность органов, а еще и носители тех сфер, благодаря которым возможно это восприятие — ощущения.

Вывод. Индивидуум осознает свою собственную интегрированность и целостность. Хотя на человека влияют многие факторы, тем не менее, он всегда остается самим собой. С одной стороны, он обладает возможностью воздействовать на самого себя, быть активным, быть включенным в происходящее, с другой, индивидуум может быть пассивным, подверженным всевозможным влияниям и формироваться, изменяться, развиваться и воспитываться за счет этого. Мне кажется важным, иметь в виду обе эти способности, которые не исключают друг друга, а взаимодополняют. Человек не Бог, который может сотворить все самостоятельно, но он и не аморфная масса, которая должна ждать, что из нее что-то создадут.

б) Сфера науки

*Ничто не мешает нам идентифицировать
мировой порядок с естественными науками,
а Бога — с религией.*

(Макс Планк)

Наука — это важный посредник в современном познании мира. Она учит нас постигать логику различных жизненных сфер. Наука часто пытается создать представление, что ее предпосылки и заключения происходят из «здорового рассудка», который в одинаковой степени присущ каждому человеку. Однако, такое понимание вводит в заблуждение, потому что предрасположение к науке, выбору ее тематической области, к постановке вопросов и методам зависит от состояния здоровья, общественных, мировоззренческих и религиозных предпосылок.

Медицинское мышление также связано с экономико-техническим развитием и конкретной исторической ситуацией. В религиозное время средних веков, например, на первом плане стояла душа, и именно религиозная душа, а не понятие психического из психологии. Вмешательства в деятельность организма были предусмотрены в соответствии с социальной иерархией цирюльниками, палачами, лекарями и повитухами. Высоко чтилась молитва как средство лечения. В современной ситуации произошли принципиальные изменения. В условиях промышленной революции и познаний механики были попытки (со времен Декарта) представить человека как почти механическое существо, аналогичное высокоорганизованной машине. Затем с прогрессом в области анатомии и физиологии и развитием химии и биохимии человек стал восприниматься как «химическое производство». Новые электронные счетчики оказывают влияние на наше сегодняшнее мышление. С этой точки зрения человек представляется как сложное саморегули-

рующееся компьютерное устройство, устанавливающее тесные связи с другими информационными системами.

Каждая из этих ступеней развития была необходима для прогрессирования способности к познанию. В моменты своего наивысшего расцвета она вырабатывала особый подход, претендовавший на исключительность. То, что раньше ценилось высоко, оказывалось устаревшим. При этом новый метод абсолютизировался. Так же, как в зависимости от развития науки, по-разному формировался подход к человеку как к духовному существу, механическому автомату, химическому производству, пучку рефлексов, жертве бессознательного, суперроботу, господствующие научные взгляды, так и сегодня предлагают различные возможности восприятия и обращения с самим собой, окружающими и пациентами.

Вывод. Не только неличностное, социально-экономическое, политическое, промышленное и научное развитие ответственно за возникновение психосоматических заболеваний, но и наши собственные желания удобств, наше привычное поведение, наша готовность к размышлениям над отдаленным будущим, основанная на прогрессе, потребность в достижениях и наша готовность к риску. Этими факторами опосредуются процессы, прямо влияющие на наш организм. Последние примеры этого - катастрофа с ядерным реактором в Чернобыле (1986) и, так называемые, выбросы на химических производствах. Здесь встает вопрос об ответственности, с одной стороны, научных работников, с другой, всех жителей Земли, которые участвуют или хотят участвовать в научном прогрессе. С чем люди готовы мириться? Это опять же зависит от социокультурной, экономической, политической, а также господствующей научной и религиозной данности.

в) Социокультурная сфера

*Вы все листья одной ветки
и плоды одного дерева.*

(Баха – Улла)

При транскультурном процессе мы работаем с принятыми в определенной культуре концепциями, нормами, представлениями о мире, стилями поведения, интересами и перспективами. Такой подход охватывает, свойственные популяции, сущностные черты. Сюда же относятся и возможности мыслимого и допустимого отношения к своему собственному телу, способ восприятия болезни, возможности переработки конфликта в традиционном понимании и компромиссы, наиболее часто встречающегося коллективного стиля поведения.

С ростом межкультурных взаимодействий эмигранты, между тем, заняли в Западной Германии места приезжих рабочих. Обычно под этим подразумеваются беженцы, которые чувствовали себя на своей родине по политическим, экономи-

ческим и религиозным мотивам в опасности. В большинстве своем, они совершенно неподготовленными приезжают в абсолютно иную культурную систему, которая со своей стороны, несмотря на всю свою настроенность на гуманитарную помощь, все-таки не способна их принять. Дилемма беженцев может быть описана так: они не согласны с политической обстановкой в своей стране; это, однако, не означает, что они отрицают и свои культурные традиции и собираются перенять традиции новой культуры. Это начинается с особенностей пищевого поведения, распространяется на отношение к работе, традиционное значение семьи и контактов с другими людьми и заканчивается различными религиозно-мировоззренческими убеждениями.

Достаточно часто мы встречаемся с тем, что люди в подобных ситуациях реагируют заболеваниями. Консультирующие при этом врачи, обычно оказываются некомпетентными. Они не говорят на языке больного, не знают его нравов и обычаев, его семейной обстановки и его, обусловленного религиозными представлениями, ритма жизни; зачастую они не представляют себе, насколько велики экономические неурядицы и боль, которые принесли расставание с родиной. На этом фоне может случиться так, что симптомы будут проявляться совсем другие, чем у немецкого пациента. Беспомощность врача может быть обусловлена незнанием и отдалением от пациента. Насколько часто это встречается в нашей повседневной жизни показывают следующие аспекты:

«Аспекты мирового кладбища»

В книге «Будущее в наших руках», написанной основателем Club of Rome Aurelio Peccei (1981), перечислены следующие моменты как «существенные негативные факторы, лежащие в основе всемирной проблематики и неизбежно приводящие человечество в их комбинации на путь упадка»:

рост населения, отсутствие планов и программ для удовлетворения элементарных потребностей человечества, разрушение биосферы, кризис мирового хозяйства, гонка вооружений, пренебрежение глубокими социальными противоречиями, анархическое хозяйственно-техническое развитие, моральный износ и старение институтов, противоречия между Востоком и Западом, недостаток морального и политического руководства.

«Аспекты мира в мире»

Создание союзов наций и ООН, независимость, полученная со времен второй мировой войны многими народами земли, рост совместной деятельности в международных мероприятиях, возрастающая тенденция национальных групп к укреплению их отношений и облегчению, таким образом, их взаимодействия, создание интернациональных гуманитарных организаций, расширение женского и молодежного движения, требующего предотвращения войны, увеличение числа про-

грамм обмена, способствующих взаимопониманию между народами, достижения в области науки и технологии, принятые в ООН декларации и соглашения, заключительном коммюнике в Хельсинки, декларация СБСЕ в Париже в ноябре 1990 г., общий рост сознательности и формирование «мирового сознания».

Вывод. Конечно, эти движения и группы — только начало. Слишком часто национальный эгоизм, личная выгода и стремление к власти препятствуют успеху, но, без сомнения, мы видим тенденцию к взаимопониманию. Все эти усилия являются обнадеживающими факторами мира в мире. Даже, когда приведенные обстоятельства кажутся слишком глобальными, каждый раз оказывается, что индивид активно или пассивно реагирует на них с различной степенью эмоционального участия. Это важно для того, чтобы осознать в русле транскультурной психосоматики в широком смысле влияние фундаментальных вопросов будущего на человечество.

Говоря иными словами, важно, чтобы каждый сохранил свой родной язык, но при этом научился бы говорить на таком языке, с помощью которого он смог бы понять остальных. Такой «язык» пытается создать транскультурная психотерапия, как метакоммуникация, как коммуникация над конфликтами.

Транскультурное общение прежде всего относится к сфере деятельности политиков, которые сделали это делом своей жизни, которые имеют право принимать решения за многих и несут ответственность за группы, которые они представляют.

Таким образом, они приняли на себя жизненно важные для всех задачи. Их сфера деятельности многопланово детерминирована кругом интересов выдвинувших их групп, их кратковременными и долгосрочными целями, связанными с этим опасениями и личными способностями и проблемами. Действия политика определяются и тем, в какое время, в какой культуре он вырос, какую меру национального тепла и внимания получил в семье, какие отношения сформировались у него с окружающими людьми, какое значение при этом для него имеют люди. Кроме того, решающими являются представления о смысле, которые он усвоил в религии и мировоззрении, и возможности науки и технологии, которыми он располагает.

2) Религиозно-мировоззренческая сфера

*Первый глоток из чаши
науки делает атеист, но на
твердой почве ждет Бог.*

(Вернер Хайсенберг)

Почти во всех религиозных и мировоззренческих системах болезням отводится особая роль. Болезни - это ключевые ситуации человеческого бытия. В зависи-

мости от религиозно-мировоззренческой и философской ориентации болезнь может рассматриваться как наказание за грехи, милость, чистая случайность, посланное Богом испытание или predetermined неизбежная судьба. Исходя из этого мы располагаем возможностями принимать болезнь, бежать от нее или искать в ней исцеление. Это относится не только к больному, но и к терапевту, врачу, который, в известной степени, выступает мультипликатором концепции болезни. Не случайно в прежние времена врач идентифицировался со священником. С этой точки зрения важно, чтобы врач и психотерапевт осознавали свои собственные религиозно и мировоззренчески обусловленные концепции заболеваний, ставили вопрос о смысле болезни и смысле жизни и критически подходили бы к собственным установкам. То, что этика поведения существенно зависит от религиозно-мировоззренческих убеждений, уже признано многими учеными и с большей или меньшей эффективностью распространяется на их деятельность.

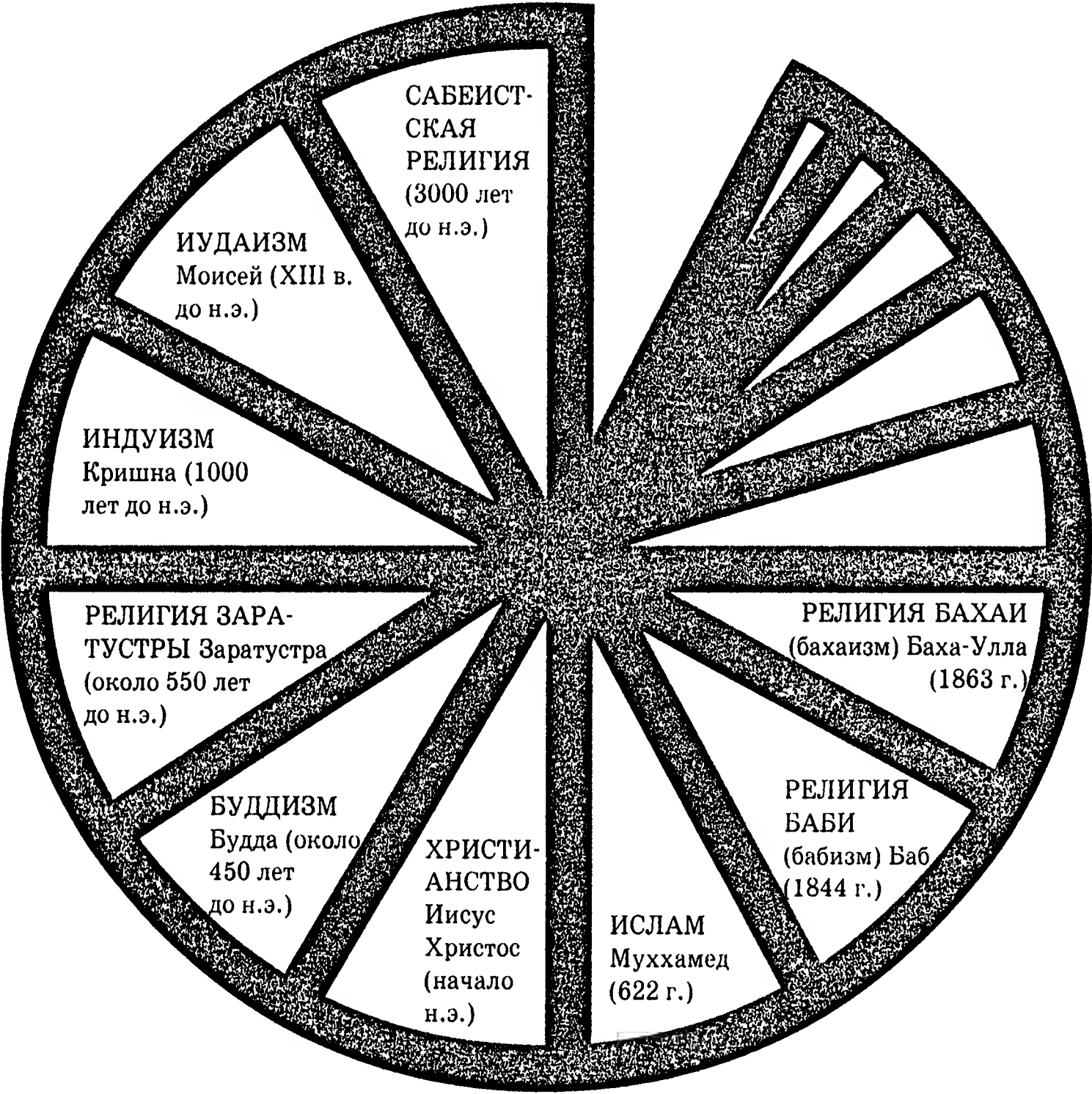


Рис. 9. Религия и современный человек. Каждая религия дает человеку столько, сколько он может понять в соответствии со своим развитием. Учения древних религий, несмотря на их противоречия с познаниями нашего времени, не являются ошибочными – они не своевременны.

В зависимости от того, живет ли человек в промышленно или аграрно - ориентированном обществе, в социалистической или капиталистической системе, родился ли он немцем, американцем, австралийцем, японцем, персом, итальянцем, испанцем и т.д., является ли он буддистом, индуистом, мусульманином, православным или католическим христианином, пиетистом, баптистом, кальвинистом, иудаистом, бахаистом и т.д., трактует он свое здоровье и свою болезнь (рис. 9). Различные степени свободы в понятиях здоровья и болезни и возможности выбора, имеющиеся в распоряжении, обусловлены отдельными усвоенными человеком правилами, ритуалами, нормами, законами и запретами мировоззрения, жизненной философии и религии. Вера, религия и мировоззрение, которые могут считаться общей системой отношений (базовая концепция) для установок и поведения, влияют на проявление способностей. Религиозно-мировоззренческие установки могут рассматриваться как фоновая информация:

- отношения к сексуальности (сексуальные потребности и запреты, ритуалы сексуального поведения),
- воспитания (роли родителей, авторитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери),
- профессии (пределы профессиональных возможностей, мотивация в профессиональной деятельности, например, служение человечеству, самовыражение, цель жизни, общественное поручение, освобождение и уклонение от истинных задач),
- партнерских отношений (равноправие в отношениях мужчины и женщины, мировоззренческая ценность партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как единства удовольствия, как объединяющего предписания),
- социальных контактов (установившиеся социальные отношения, например, в индийских кастах или в поведении социальных групп, слоев и классов по отношению друг к другу, религиозно-мировоззренческие предписания в ситуациях общения, например, совместная молитва, общинные праздники, хоровое пение, медитации или труд, требования социального аскетизма).

Вывод. У многих в Западной Европе преобладает ощущение «неловкости в культуре»: они напуганы односторонностью и враждебностью науки, разочарованы несвоевременной культурной жизнью и далекой от граждан политикой и не находят пристанища в традиционных религиях и мировоззренческих системах. Им остается только углубиться в самих себя и в себе искать новые ориентиры.

Религия, как исцеляющее средство, данное человеческому существу. Но она только тогда может иметь смысл, когда соответствует требованиям, потребностям и необходимости человека, и учитывает развитие (принцип времени), относительность и единство. Если неправильно понятая религия ведет к расстройствам, фик-

сациям, замедлению развития, закоснелости интеллектуального процесса, она бессмысленна: как Фейербах называл ее патологией вместо теологии, Маркс и Энгельс говорили о религии как об опиуме для народа и Фрейд в карикатурной форме представлял ее как меру защиты.

Религия, как мы уже говорили, затрагивает вопросы о смысле жизни. Действительно, там, где потеряны доверие, надежда и смысл, мы всегда можем обнаружить нарушенные отношения к религии и церкви. В этом играет роль целый ряд недоразумений:

разногласие: вера — религия — церковь;
разногласие: фатальная и обусловленная судьба;
разногласие: врождённый — приобретенный;
разногласие: смерть.

Можно обоснованно сказать, что многие ученые открыто, проявляют свое отношение к религии. Из множества размышлений на эту тему некоторые особо существенные можно было бы представить следующим образом:

Блез Паскаль (1623-1662), французский математик, физик и философ:

«Верующий говорит о том, о чем не скажут ощущения, но он не скажет противоположного тому, что вы воспринимаете; он выше этого, но не против!»

Исаак Ньютон (1643 — 1727), английский математик, физик и астроном, основатель классической теоретической физики, первооткрыватель законов гравитации:

«Великолепное устройство и гармония Вселенной могли осуществиться только по проекту всезнающего и всемогущего существа. Это есть и остается моим последним и высочайшим познанием».

Готфрид Вильгельм Лейбниц (1646 — 1716), математик, физик и философ:

«Порядок, симметрия и гармония очаровывают нас... Бог есть исключительный порядок. Он создатель всеобщей гармонии».

Карл Линней (1707-1778), шведский естествоиспытатель, основатель современной ботаники и создатель классификации растений:

«Я видел вечного, беспредельного, всезнающего и всемогущего Бога, проходящим мимо, и я в почтении преклонил колени».

Фридрих Вильгельм Гершель (1738— 1822), немецкий астроном, открыватель планеты Уран:

«Чем больше расширяется сфера науки, тем многочисленнее и неопровержимее доказательства вечного существования создающей и всемогущей мудрости».

Томас Альва Эдисон (1847—1931), американский изобретатель (свыше 1200 патентов) и промышленник:

«...огромное уважение и огромное восхищение перед всеми инженерами, особенно перед величайшим из них — Богом! »

Пауль Сабатье (1854-1941), французский химик, лауреат Нобелевской премии 1912 г.:

«Противопоставлять естественную науку и религию является делом людей, которые плохо осведомлены как в одной, так и в другой науке».

Карл Людвиг Шлейх (1859- 1922), немецкий хирург, основатель инфильтративной анестезии:

«Я стал по-своему верующим при помощи микроскопа и наблюдения за природой. Я хочу вложить свои умения в объединение науки и религии».

Роберт Эндрюс Милликан (1868—1953), американский физик, лауреат Нобелевской премии 1923 г.:

«Люди, которые мало знают о науке, и люди, которые мало понимают в религии, могут как-нибудь поспорить, и наблюдающие за ними могут подумать, что спор идет между наукой и верой, в то время как на самом деле это лишь столкновение двух невежеств».

Алексис Каррель (1873—1944), американский врач французского происхождения, естествоиспытатель, лауреат Нобелевской премии 1912 г.:

«Молиться — не больший грех, чем пить или дышать. Человек нуждается в Боге так же, как в воде и воздухе».

Эрнст Фердинанд Зауэрбрух (1875—1951), немецкий хирург, основатель метода измерения кровяного давления:

«Не существует подлинного врачебного искусства без покорной привязанности к Богу. Из этого смирения рождается та великая сила, которая необходима нам в нашей профессии...»

Карл Густав Юнг (1875-1961), психолог, основатель глубинной психологии:

«Безразлично, что мир думает о религиозном знании; тот, кто им обладает, владеет величайшим сокровищем, которое становится для него источником жизни, смысла и красоты и которое совершенно освещает мир и человечество... Где тот критерий, который позволит сказать, что ... такое знание не имеет силы и ... является просто иллюзией?»

Альберт Эйнштейн (1879—1955), немецкий физик, автор теории относительности, лауреат Нобелевской премии 1921 г.:

«Каждому серьезному исследователю, должно быть близко определенное религиозное чувство, поскольку он не может представить себе, что те необычайно изящные взаимосвязи, которые он наблюдает, были впервые созданы им. В непостижимой Вселенной царит безграничный разум. Ходовое представление о том, что я атеист, основывается на большом заблуждении. Тот, кто вычитал это из моей научной теории, совсем не понял ее...» «Каков смысл нашей жизни, каков смысл жизни всех живых существ вообще? Знать ответ на этот вопрос, означает быть религиозным. Ты спрашиваешь: «Есть ли вообще смысл задавать этот вопрос?» Я отвечаю: «Тот, кто считает свою жизнь и жизнь своих собратьев бессмысленной, не только несчастлив, но и нежизнеспособен!».

Макс фон Лауэ (1879-1960), немецкий физик, директор Института физики имени Макса

Планка в Берлине, лауреат Нобелевской премии 1914 г.:

«Ученые хотели увидеть Бога лицом к лицу. И потому, что это невозможно, точная наука утверждала, что его не существует. Насколько же мы, исследователи, стали почтительнее! Мы смиренно преклоняемся перед Сверхвеликим, Сверхмощным, вечно Невидимым, Непостижимым».

Артур Х. Комптон (1892-1962), американский физик, лауреат Нобелевской премии 1927 г.:

«Будучи далекой от конфликта с религией, наука стала ее союзницей. Усовершенствуя представления о природе, мы лучше познаем также Бога природы и ту роль, которую играем мы в драме космических существ».

Вернер фон Браун (род. в 1912 г.), немецко-американский физик и исследователь:

«Над всем стоит честь Бога, сотворившего великую Вселенную, которую изо дня в день исследует и познает человек, и его наука. «Случайно услышанное мнение, что в эпоху космических полетов, мы настолько хорошо познали природу, что больше уже нет необходимости верить в Бога, ничем не оправдано. По сей день, естественные науки с каждым новым ответом, задают, по меньшей мере, по три новых вопроса? «Только обновленная вера в Бога может привести к изменениям, которые смогут спасти наш мир от катастрофы. Наука и религия, выступают при этом сестрами, но не противниками».

д) Практические выводы

- Только эта всеобъемлющая модель позитивной психотерапии в психосоматике делает возможным включение терапевтической среды, семейное

и психотерапевтическое вмешательство и активизацию потенциалов самопомощи, которые взаимно, всесторонне дополняют друг друга. Исходя из этого, открывается новый подход к той сфере, которая не является уже больше лишь областью знаний терапевта, но и приобретает политическое и экономическое значение, которое широко определяет общественные условия человеческого общежития в смысле всеобъемлющей психосоматики.

- Все более тесные контакты между разными культурами приводят к необходимости полагаться не только на надежность собственных культурных основ, но и в русле «транскультурной психосоматики», учитывать иные модели мышления, опираться на знания представителей другой культуры и благодаря этому, расширять свои собственные горизонты.
- Результат развития сфер индивидуума, науки, культуры и религии/ мировоззрения формирует видение человека, которое становится масштабом, регулятором поведения, этической нормой, помощью в ориентировке и прототипом самовосприятия и восприятия окружающих. Видение человека определяет не только наши ожидания от себя и других, но и те способности и качества, которым готовы следовать мы и другие.
- Надежность и ориентировку человек находит обычно только в своей конкретной, ощутимой среде. Так он ищет самоутверждения при помощи физического удовлетворения в пище, питье, сексуальности, сне, спорте, эстетике и т.д., посредством «бегства» в работу (трудоголизм), посредством углубления отношения к партнеру, который в таком случае должен гарантировать безопасность, которую до этого могла предоставить целая культура. Он находит самоутверждение в контактах обычно с маленькими группами, которые утверждают в своей сути, выступая против других групп. Характерно стремление к дополнительным религиям, к которым относятся так называемые молодежные религии, а также односторонняя склонность к астрологии, парапсихологии и эзотерике и «малым дополнительным религиям», которыми могут стать любые односторонне высокостилизованные убеждения, любые абсолютизированные ценности.
- Поиск человеком новой приемлемой ориентации, порождает новые взаимоотношения причины и действия. Разочарованный в культурном, общественном, политическом или религиозном отношении индивид, ищущий убежища и помощи в своем личном мире, отражает таким поведением опять же коллективные проблемы.

*«Если ты думаешь об одном годе – посей зерно!
Если ты думаешь об одном десятилетии – вырасти дерево!
Если ты думаешь о столетии – воспитай человека!»*

(Восточная мудрость)

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

А. Взаимоотношения терапевтических моделей.

Поскольку невротические, психотические и психосоматические расстройства могут рассматриваться как сужение реальных отношений, то четыре формы переработки конфликтов становятся ведущей терапевтической линией. Мы различаем формы переработки конфликтов и реальных отношений, которые были гипертрофированы, высокодифференцированы и привели к резко выраженной односторонности, и формы, которые превратились в конфликтный потенциал, поскольку не существовало возможностей для их развития. Иными словами, человек заболевает не только от того, что он пережил, но и от того, что он не смог пережить, если заложенные в нем способности не имели необходимых условий для развития. Конфликтные диспозиции развиваются, накапливаясь в форме незаметных наслоений микротравм, которые соответствуют устоявшимся семейным и переработанным в семье общественным концепциям. В соответствии с этим, мы изображаем четыре формы переработки конфликтов в виде двух равнозначных, или комплементарных схем (рис.10).

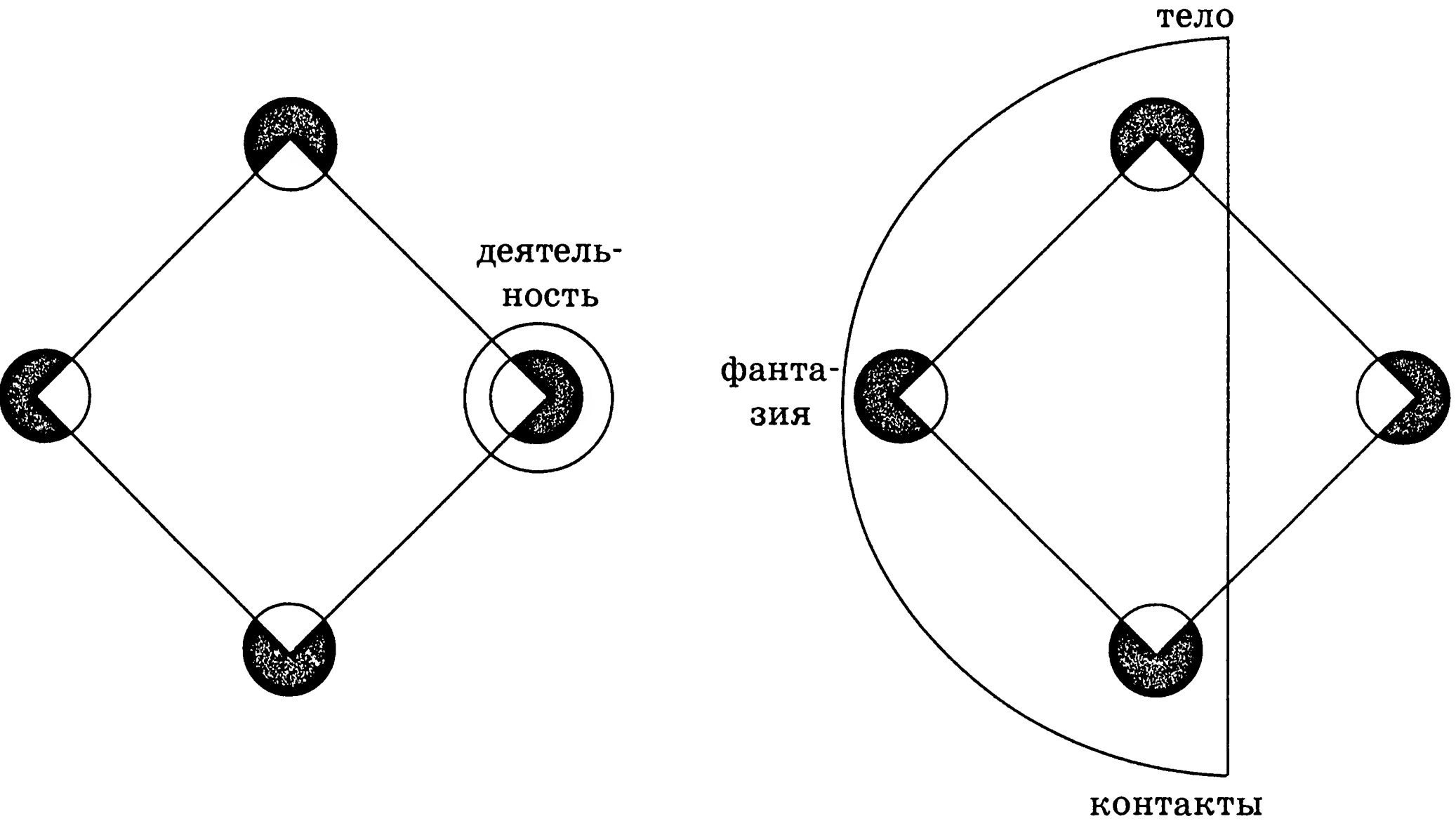


Рис.10 Четыре формы переработки конфликтов как проявление акцентирования и сверхдифференциации.

Четыре формы переработки конфликтов как отражение сфер, остающихся в тени.

Эта схема представляет типичную форму подверженности конфликтам, которая объяснима с точки зрения индивидуального развития, при помощи четырех моделей для подражания и содержательно описывается в дифференциально-аналитическом опроснике. Эти функциональные взаимоотношения моделей, могут быть наглядно продемонстрированы на конкретном примере. Бизнесмен 34 лет, который, прежде всего, стремился сохранить импозантность, после многолетних попыток лечения у других психотерапевтов попал на прием ко мне. Он жаловался на функциональные сердечные расстройства, повторяющиеся боли в желудке и чувство страха, который был, прежде всего, страхом перед неудачей. До сих пор терапия затрагивала, прежде всего, психосоматическую переработку и, связанную с профессиональной деятельностью, проблематику достижения. В русле представленной модели мы расширили терапевтический спектр: на первом месте в проблематике находилась деятельность как форма переработки конфликтов. Его жизнь, сколько он себя помнил, строилась вокруг достижений. Идеальный образ, созданный им для самого себя, определялся понятиями успеха, активного, требовательного и бескомпромиссного бытия. Это нарциссическое желание неоспоримого совершенства, шло рука об руку с глубоким страхом оказаться несостоятельным. При заполнении опросника отрицательное значение в репертуаре его возможностей по переработке конфликтов имели сферы тела, контактов и фантазий. Несмотря на то, что это внесло большой вклад в динамику его конфликта, пациент этого не осознавал. Они как бы находились на окраине его действительности и не представляли интереса, они были недостаточно развиты и порождали, в свою очередь, тревогу. Это можно объяснить с точки зрения моделей для подражания, которые описывают пережитые в детстве семейные отношения. Они проявились, как страхи и чувство утраты. Достижение было перенято в качестве направляющего стимула. В отношении проблематики достижения для пациента как бы произошло слияние с образом его отца. Напротив, дефицитарные сферы стали оказывать влияние на потенциал потребностей пациента, который, подходя теологически, проявился в возникновении симптомов. Оба родителя больного были трудолюбивы и активны. Они внушили ему, что эмоциональное удовлетворение можно получить только в активности и достижениях. Контакты семьи достаточно ограничены. Если они выходили за пределы семьи, то это были производственные контакты. Прочее общение было «глупой затеей» или избегалось в силу опасений возможного соперничества. При этом, идеальным образом служило представление о таком товарище, который мог бы бескорыстно помочь нашему больному, если бы у него возникли сложности на работе или он не смог чего-то добиться. В то же время, он критически относился к этому идеальному образу, поскольку все-таки такого не существовало, и прежде всего потому, что он боялся, будто в результате его привязанности к другим людям сможет пострадать его независимость и бескомпромиссность.

Достижение было нарциссически компенсаторно гипертрофировано. Оно было той сферой, в которой пациент мог реализовывать свои желания и представ-

ления согласно концепции грандиозного Я. В отношении собственного организма, межличностных контактов и фантазий, которые не соприкасались со сферой достижения, сформировалась при этом неудовлетворенная потребность. В этих областях он был особенно уязвим.

Для своей защиты, в воображении, он создал себе грандиозного друга, который никогда не смог бы его разочаровать, который — «как хороший отец» — смог бы вынести, если больной оказался бы несостоятельным и слабым в своей деятельности. В то же время, эта фантазия отвергалась как нереалистичная, и он отказывался от усилий построить реальные устойчивые отношения. Наконец, никто уже не мог соответствовать его вымышленному идеалу и оправдать его ожиданий.

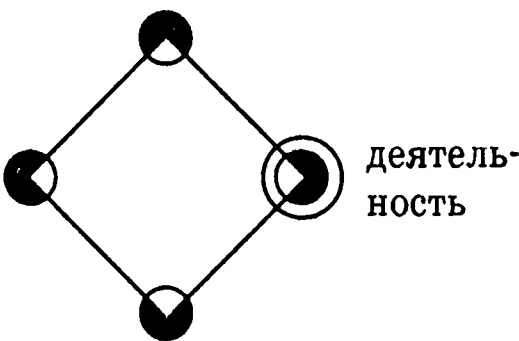
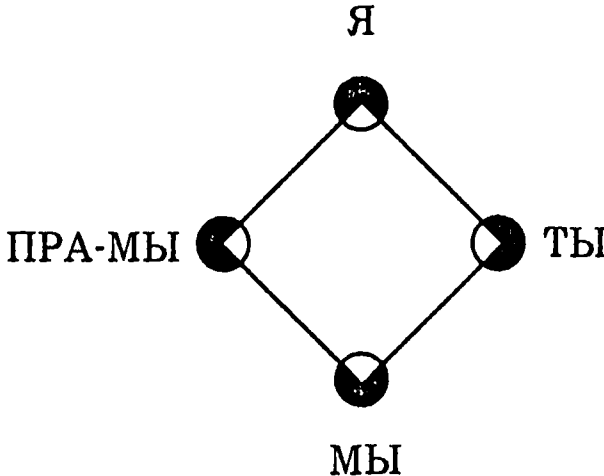
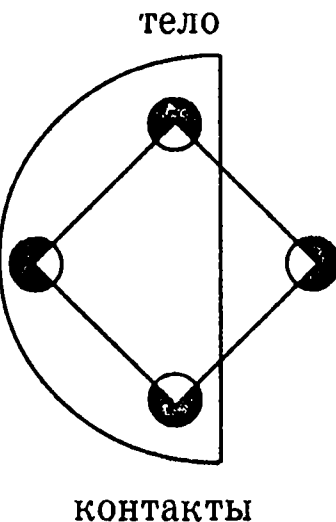
Формы переработки конфликта (гипертро- фированные сферы)	4 измерения идеалов (развитие Я и соци- альных концепции)				Формы переработки конфликтов (непе- режитые сферы)																																
 Преобладание деятель- ности (страх отказа)					 (Страх потери объекта)																																
	<table><tr><td>Актуальные способности</td><td>я</td><td>мать</td><td>отец</td></tr><tr><td>трудолюбие/ деятельность</td><td>++</td><td>++</td><td>++</td></tr><tr><td>бережливость</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>аккуратность</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>пунктуаль- ность</td><td>+++</td><td>+</td><td>+++</td></tr><tr><td>надежность</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>контакты</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td colspan="4">Актуальные способности из ДАО</td></tr></table>					Актуальные способности	я	мать	отец	трудолюбие/ деятельность	++	++	++	бережливость	+	+	+	аккуратность	+	+	+	пунктуаль- ность	+++	+	+++	надежность	+	+	+	контакты	-	-	-	Актуальные способности из ДАО			
	Актуальные способности	я	мать	отец																																	
	трудолюбие/ деятельность	++	++	++																																	
	бережливость	+	+	+																																	
	аккуратность	+	+	+																																	
	пунктуаль- ность	+++	+	+++																																	
надежность	+	+	+																																		
контакты	-	-	-																																		
Актуальные способности из ДАО																																					

Рис. 11. Возможная форма переработки конфликтов.

Из актуальных способностей на первом плане стоят деятельность, бережливость, аккуратность, пунктуальность и обязательность. Они обнаруживаются в концепциях, которые проявляются в его жизненном стиле, которые он называл своими мотивами, и в которых складывалось его восприятие.

Конфликтная ситуация может, таким образом, быть представлена так, как на рис. 11.

Терапевтическая стратегия была направлена в первую очередь на неразвитые сферы, которые могли быть заново переработаны с точки зрения перевоспитания (расширение цели в отношении к своему телу, межличностным контактам и воображению). Параллельно с этим проводился анализ гипертрофированных жизненных областей, причины которых были разъяснены пациенту.

Б. Сообщение для экспертов

1. Спонтанные сведения (комментарии)

«Последние 8 месяцев я постоянно плохо сплю. Это связано с чувством страха и желудочными расстройствами. Ежедневно я страдаю головными болями. С тех пор, как на предприятии произошла реорганизация, я стал сомневаться в том, что смогу соответствовать необходимым требованиям. И длительное время испытываю чувство страха за то, что могу быть уволен. Я так сильно волнуюсь, что вступаю в конфликты с коллегами намного чаще, чем раньше. От этих переживаний я страдаю. Дома у меня тоже не все гладко. Прежде всего, меня глубоко задело то, что мой сын остался на второй год обучения в одном и том же классе. Мое сегодняшнее состояние приводит меня в отчаяние. Я чувствую себя неблагополучно и тоскливо. Мне кажется, что все бессмысленно. Вследствие этих расстройств, я недавно посетил терапевта. Он мне посоветовал пройти курс психотерапевтического лечения»

(Сообщение пациента в первом интервью).

2. Описание жизненного пути

а) Семейный анамнез: матери больного 62 года, секретарша, здоровье соответствует возрасту. Отец был столяром, умер два года назад в возрасте 62 лет. У него был апоплексический удар. Брак родителей был браком по расчету и с точки зрения пациента не был благополучен. Отец часто изменял матери и был абсолютным патриархом. У пациента есть два брата (на 4 и 3 года моложе его), отношения с ними сдержанные. Как старший, он всегда был ответствен за младших братьев и служил им примером.

б) Физическое развитие: пре-, пери- и постнатальное развитие без особенностей. Ходить начал в 15 мес., говорить — в 20. Детские болезни: корь, коклюш, паротит. В 29 лет операция (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Три года назад появились желудочные расстройства. Лечение не проводилось.

в) Психическое развитие: пациент с раннего возраста был опрятным (точные данные о воспитании аккуратности не могут быть получены), однако в последующем какое-то время он страдал энурезом. Много времени ему уделяла бабушка. Мать он описывает, как мягкую и решительную женщину («Она была настоящей брюзгой, все должно было быть в чистоте. Лучше было не приводить в дом много друзей, ведь они оставляют беспорядок, а для матери это всегда было утомительным»). Воспитание, которое отражает первичную социальную среду пациента, характеризуется акцентированием вторичных способностей при одновременной тенденции к наивным первичным способностям с их предрасположением к эмоциональной зависимости. Эти противоречивые тенденции, которые оказали сильное влияние на пациента, как конфликт между личной автономностью и зависимостью привели к конфликту и чувству вины, мотивация которых была частично вытеснена. Отец был требовательным и часто бил его. Особо ценил отец такие нормы поведения, как «успех», «усердие», «порядок», «бережливость», «справедливость» и «пунктуальность». Со своими друзьями он был обычно уступчивым. В сексуальной области пациент не был просвещен своими родителями. В своих сексуальных познаниях он был предоставлен самому себе и информации друзей. Он рассказывает о стеснительности по отношению к противоположному полу. Ситуация воспитания: двойная привязанность. Это произошло в результате того, что родительская авторитарность усиливалась выраженной церковной ориентацией воспитания и впитывалась пациентом как ограничивающее Сверх-Я. Он противостоял, навязываемому матерью, Я-идеалу (должен был стать учителем или священником).

г) Социальное развитие: 34-летний бизнесмен, диплом — промышленное хозяйство, женат 8 лет. Супруге 32 года, она служащая, два сына (7 и 5 лет). Больной — евангелист, его жена — католичка, дети — евангелисты. В возрасте 5 лет пациент пошел в школу. Он был хорошим учеником, посещал гимназию со специальным производственным образованием. Государственный экзамен сдал в 1982 г. С 1985 г. работает на фирме своего дяди. Руководство фирмой принял достаточно быстро. Он хотел бы получить другую профессию, однако отец и дядя этого не допустили. Три года назад фирма дяди была значительно преобразована, с тех пор дело пошло под гору. К тому же у больного стали часто возникать супружеские неурядицы (проблема времени, мировоззренческие разногласия и т.д.). Указаний на наследственную патологию нет.

3. Состояние на момент обращения

а) Психическое состояние: к нам обратился опрятно одетый, усталого вида человек, выглядевший соответственно возрасту. На первый взгляд он показался, с одной стороны, подчеркнуто рассудительным и скорее из защитных побуждений «вдумчивым», с другой стороны, проявлялась потребность в поддержке. В терапевтической ситуации могла быть выстроена позитивная ситуация переноса, которая хорошо контролировалась. Интеллект больного может быть оценен как превышающий средний (IQ по результатам теста Амтхауэра: 116). Способность к концентрации внимания пациента (тест на концентрацию d2) также была оценена выше среднего уровня. FPI - методика показала пациента как агрессивного, нервного, зажатого и легко подвергающегося фрустрации. В WIPRF выявлено акцентирование вторичных способностей (справедливость, бережливость, пунктуальность и аккуратность) при одновременной невыраженности первичных способностей (время, терпение, контакты, доверие и надежда). В общем, личность пациента может быть оценена с учетом тенденции к навязчиво-депрессивной невротической структуре, как хорошо дифференцированная. Он хорошо способен к регрессии. Возникающие фиксации ориентированы на имевшиеся конфликтные ситуации. Благодаря позитивному переносу, легче удавалось усилить его веру в свой потенциал изменения и роста, а также достичь доверия к его стабильной потребности в работе.

Патологии восприятия и мышления выявлено не было. Преобладающие механизмы защиты: направление агрессивных импульсов против самого себя, отрицание и рационализация. Возникавшее невротическое сопротивление указывало на тесную связь с контекстом актуальных конфликтных ситуаций и, таким образом, способствовало лучшему вхождению в терапию.

б) Физическое состояние: 34-летний бизнесмен, хороший аппетит и в удовлетворительном общем состоянии. Рост - 178 см, масса тела - 72 кг. Терапевтическое обследование в клинике и у домашнего врача патологии не обнаружило. Кожа и видимые слизистые не изменены. Зев чистый. Щитовидная железа не пальпируется. Сердце: ритм правильный, тоны чистые, шумов нет. Артериальное давление: 130/70 мм рт. ст., пульс 72 уд/ мин. При аускультации легких - без патологии. Живот мягкий, ненапряженный, печень и селезенка не увеличены. Невоспаленный рубец после аппендэктомии. Конечности: движение в полном объеме. А. Dorsalis pedis с двух сторон хорошо пульсирует. Коленный рефлекс с двух сторон живой. Черепно-мозговые нервы без исследования вегетативных реакций: гипергидроз.

4. Психодинамика и содержание конфликта

а) Симптоматика: страхи, депрессия, тревожность, недостаточная концентрация внимания, желудочные расстройства, сердечные жалобы, нарушение сна, цефалгия.

б) Возникновение жалоб: начало декабря 1989 г.

в) Психологическая констелляция до появления симптоматики: для возникновения симптоматики главную роль играли следующие накапливавшиеся факторы: начало симптоматики по времени тесно связано с переходом на другую работу (сентябрь 1989 г.). Новая профессиональная ситуация обусловила эмоциональное перенапряжение, которое основывалось:

- на конкретных требованиях достижений и необходимости принятия ответственности,
- на сложностях взаимодействия с сотрудниками и
- на конфликтных отношениях с шефом (собственный дядя).

Последнее является также центральным аспектом актуальной конфликтной ситуации. Шеф воспринимался доминирующим и был в представлении аналогичен образу отца, что по своему содержанию тем же образом касалось требований достижения. Базовый конфликт был при этом следующий: излишне опекающая позиция матери не допускала открытой конфронтации отношений отца и сына, однако вместо этого делало возможной в смысле смягчения конфликта (вежливость) возврат к материнской защите. В результате этой констелляции появилась скрытая агрессия, прежде всего по отношению к образу отца. Произошла частичная интернализация отдельных аспектов образа матери, которые прежде всего затрагивали психосоциальные нормы: «послушание», «вежливость», «усердие» и «терпение». Эти и подобные нормы стали связующими звеньями отношений матери и сына. В актуальной конфликтной ситуации эта скрытая агрессия в свою очередь, вероятно, связана с «требовательным характером» шефа. Большое значение имеет также то, что пациент пытался освободиться от реальных отношений мать-сын, что в связи с актуальной конфликтной ситуацией (смерть отца в октябре 1989 г.) вызывало чувство вины. Потеря отца носила для больного травмирующий характер. Наряду с сопутствовавшими профессиональными проблемами, нарастали социальная изоляция, ответственность по отношению к матери, школьные проблемы сына, партнерские конфликты и страх перед будущим, а также патологическая реакция горя с психосоматической переработкой. Актуальная конфликтная ситуация первично представляется как проблема обособления. Причиной стали потеря отца и неудачи на работе, которые символизировали неудачи в самоутверждении против отца. Критическая и отвергающая позиция отца после неуспешной учебы в школе была генерализована и перенесена на общение с другими людьми. Когда в октябре 1989 г. отец умер, это чувство вины актуализировалось, и в результате амбивалентности возникла устойчивая патологическая реакция на это событие. Подчеркнутое спокойствие и деловитость, которые он сохранял после смерти отца, можно объяснить, как признак всепрощающего поведения и выра-

жение дистанцированного безразличия. Решение возникшей конфликтной ситуации своими силами было больному не под силу.

5. Диагноз

Речь идет о патологической реакции горя и значительных страданиях: депрессивно-тревожное развитие с функциональными психосоматическими нарушениями при навязчиво-депрессивной структуре личности. Актуальная конфликтная ситуация заключается - в сочетании с профессиональной перегрузкой и партнерскими трудностями — в проблеме самооценности. Базовым конфликтом являются амбивалентные отношения отец—сын, которые актуализировались со смертью отца. Основная симптоматика представлена тревогой, депрессией и желудочными расстройствами.

6. План лечения и цель терапии

Планируется 50-часовое индивидуальное лечение с использованием глубинно-психологических методов, индивидуальное лечение 875, более 50 мин. с частотой 1—2 сеанса в неделю для противодействия склонности к регрессии. Конфликт-центрированная терапия должна быть сначала направлена на переработку патологической реакции горя; прежде всего больной должен разобраться со своими амбивалентными чувствами и потребностями. Терапевтические отношения могут помочь ему освободиться от невротических противоречий с отцом и обогатить сферу отношений. Аналогичным образом, пациент должен осознать свои амбивалентные ощущения и желания в партнерских отношениях, благодаря чему он сможет переоценить их и приобрести ориентирующую помощь в нахождении Ты. Существенной кажется мне конфронтация с дефицитарными сферами тела; общения и будущего/ смысла, для того, чтобы дать больному возможность найти свой собственный, интегрирующий потребности образ, и свою Я - идентичность. В терапевтическом переносе, в конечном счете, особый акцент будет сделан на том, чтобы при помощи позитивных толкований, уважения и ситуативной поддержки усилить все попытки самостоятельного решения жизненных проблем и переработать, провоцируемый демонстрацией, регрессивной беспомощности директивный контрперенос.

7. Прогноз

У пациента есть свой взгляд на заболевание. Он готов к сотрудничеству. Внутренняя и внешняя мотивация: удовлетворительная. Пациент пунктуально и регулярно посещает сеансы психотерапии. Он в состоянии принять предложение по дифференцировке, старается пересмотреть привычные установки ежедневной жизни. Склонность к быстрому разочарованию и пессимизму, беспомощность может быть очень хорошо устранена при помощи обращения к интактным сферам Я

и позитивных интерпретаций. В отношении преморбидной личности пациента, внезапных приступов болезни, переживания горя, учитывая возраст пациента, можно сделать удовлетворительный прогноз. Переструктурирование личности не является целью лечения и будет осуществляться только в том случае, если это будет необходимо для устранения симптоматики.

В. Общее заключение терапевта на промежуточном этапе

а) Основное диагностическое заключение служит выбору терапевтической стратегии: какое лечение наиболее подходит для конкретного больного с учетом его личностных особенностей, его своеобразной конфликтной ситуации, его мотивации к психотерапии, готовностью и способностью к сотрудничеству? В принципе, выбирать следует техники всех психотерапевтических методов, эффективность которых доказана научно или, как минимум, оправдала себя на практике. Эти техники используются в рамках пятиступенчатого позитивного процесса.

б) Затраты и возможности психотерапии взаимно уравниваются. Не каждый пациент нуждается в массивной, длящейся годами психотерапии: одним необходима длительная поддержка терапевта, другим часто, наоборот, бывает достаточно относительно короткого курса лечения, даже просто терапевтического толчка, который может дать, например, первое интервью.

в) Прогностические размышления необходимы, чтобы средства лечения поставить в соответствие с достижимой целью лечения. Это может быть выздоровление, полная ремиссия симптомов и устойчивость в новых конфликтных ситуациях; она может ограничиваться также социальной ремиссией, которую лечение обеспечивает пациенту, позволяя ему в дальнейшем комфортно чувствовать себя в своем социальном окружении. Цель лечения может сводиться также к уменьшению страданий больного, даже к примирению его со своей неизменной, с точки зрения науки, судьбой. Таким образом, психотерапия имеет смысл и у тяжелобольных пациентов.

Вывод: диагноз является не самоцелью, а средством продемонстрировать научное самодовольство или попыткой увидеть точность там, где могут быть сделаны лишь предположения. Задачу диагноза мы в большей степени видим в том, чтобы дать первичное заключение о последующих оптимальных методах.

Разъяснение диагноза пациенту

а) В медицине, а также в психотерапии (если она вообще отваживается на риск положиться на диагноз) существует правило, согласно которому диагноз или об-

следование являются прерогативой врача. Пациент в связи с этим остается в неведении под тем предлогом, что он «все равно не в состоянии понять все взаимосвязи».

б) Пациент также имеет собственное представление о своем заболевании независимо от терапевта. Своего рода предтерапевтической инстанцией является уже и то, что больной (или близкие), предполагая определенный диагноз, самостоятельно выбирают врача конкретного терапевтического профиля. Представление о болезни и здоровье пациентом или его близкими и концепция лечения, включаются в собственно терапевтическую ситуацию как служащие мерилем факторы. Эти представления в значительной степени определяют мотивацию больного, и вместе с тем, его готовность к необходимым, на взгляд врача, мероприятиям.

в) Если врач не хочет сообщать все о состоянии больного, это тоже может иметь терапевтические причины. Например, если пациент показал достаточно низкие результаты в тесте интеллекта, то на основе своей концепции болезни, он, вероятно, будет склонен к тому, чтобы считать результат, доказательством всеобщего отвержения или оправданием. Тонкие рассуждения терапевта, что относительно плохие результаты теста, с большой вероятностью, связаны с существующим, в данный момент, невротическим снижением интеллекта, просто не будут понятны пациенту исходя из абстрактных результатов теста. Сообщение же о подобном состоянии действительно приведет к неуверенности; оно будет встроено в имеющуюся у пациента концепцию и может привести к ошибочным интерпретациям с соответствующими тяжелыми последствиями для самовосприятия пациента, его надежды и доверия. Следовательно, при выяснении состояния пациента должна учитываться его концепция болезни. Исходя из этого, мы придерживаемся мнения, что должна осуществляться целесообразная и соответствующая ситуации пациента расшифровка его состояния и диагноза. Больной вовлекается при этом в процесс принятия решения по поводу дальнейшего способа лечения.

Вывод. Интерпретация диагноза и терапевтическая возможность, заключающаяся в речи пациента, не должна быть просто наставлением, так как он перегружен многообразием устремившейся к нему информации. В связи с этим интерпретация в вопросах и ответах представляется нам наиболее удачной формой, так как она проясняет терапевту сложившуюся у пациента концепцию его болезни.

Модификация первого интервью

а) Приведенное первое интервью дает представление о существенных чертах позитивного психотерапевтического процесса. Однако, мы уже указывали на ряд модификаций, которые должны обеспечить терапевтическую гибкость. Почти не имеет смысла в рамках одноразового консультирования полностью «раздеть» па-

циента в диагностическом плане и затем просто отпустить его. Поскольку применявшиеся модели (ДАО, сферы способностей к познанию и к любви, типы реагирования, концепции и разногласия) не вполне независимы друг от друга, то после ориентировочного обследования могут быть в зависимости от обстоятельств использованы некоторые из них.

б) Мы можем исходить только из ДАО, не акцентируя нашего внимания на сферах или выкристаллизовывая концепции и разногласия. Конечно, при этом мы всегда должны осознавать, что отдаем предпочтение отдельным аспектам в диагностике, не касаясь других сфер личности и зная причины этого. Если будет выбран более широкий подход, то первое интервью может быть фракционировано, чтобы не переутомлять больного и себя самого. Практически это можно сделать таким образом, что во время нескольких сеансов отдельные части первого интервью будут рассмотрены, или возвращаться к нерассмотренным пунктам в процессе лечения. В данном случае могут быть применены глубиннопсихологические исследования. Желательно из диагностических соображений учитывать также терапевтические, гинекологические и неврологические данные.

Вывод. Различие между первым интервью с его преимущественно диагностической функцией и последующей психотерапией не принципиально; скорее здесь существуют плавные переходы от одного к другому.

7. Нервный срыв

*Если ты дашь человеку рыбу,
то он насытится только один раз.
Если же ты научишь его ловить рыбу,
то он будет сыт всегда.*

(Восточная мудрость)

Притча: «Не все сразу»

Однажды мулла пришел в зал, чтобы обратиться к верующим. Зал был пуст, если не считать молодого конюха, что сидел в первом ряду. Мулла подумал про себя: «Должен я говорить или нет?» И он решился спросить об этом у конюха: «Кроме тебя здесь никого нет, как ты думаешь, должен я говорить или нет?» Конюх ответил: «Господин, я простой человек, я в этом ничего не понимаю. Но когда я прихожу в конюшню и вижу, что все лошади разбежались, а осталась только одна, я все равно дам ей поесть». Мулла, приняв близко к сердцу эти слова, начал свою проповедь. Он говорил больше двух часов и, закончив, почувствовал на душе облегчение. Ему захотелось услышать подтверждение, насколько хороша была его речь. Он спросил конюха: «Как тебе понравилась моя проповедь?» Тот ответил: «Я уже сказал, что я простой человек и не очень-то понимаю все это. Но если я прихожу в конюшню и вижу, что все лошади разбежались, а осталась только одна, я все равно ее накормлю. Но я не дам ей весь корм, который предназначался для всех лошадей».

Пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервном срыве

Описание случая: «О чем мне говорят боли?»

Во время одного из моих дежурств по службе психиатрической скорой помощи мне позвонила женщина, ее голос звучал тревожно и беспомощно. Постоянно прерывая свою речь рыданиями, она жаловалась мне на боли, которые ощущала во всем теле. Она говорила, что не может больше этого выносить, что я должен немедленно что-то предпринять. Пациентка произвела на меня очень тяжелое впечатление, казалось, она очень сильно страдает.

Я спросил ее: «У меня такое впечатление, что в последнее время вам пришлось очень многое пережить. Видимо, это сильно подействовало на вас». Моя собеседница тотчас ухватилась за мое предложение: «Только вчера я узнала от моего врача, что у меня рассеянный склероз».

Терапевт: «Почему рассеянный склероз? Сколько же вам лет? »

Собеседница: «Мне 33 года. В связи с болями в правой руке и расстройствами зрения я обратилась к моему домашнему врачу, и тот послал меня к окулисту. Это было около 4 недель назад. Окулист обследовал меня и сказал, что у меня может быть рассеянный склероз. Смешно, когда я сейчас вспоминаю об этом, у меня тогда не было совсем никакого страха. Затем я побывала в неврологической клинике, там мне сделали спинномозговую пункцию и компьютерную томограмму. Когда я выписывалась, мне еще никто ничего не мог точно сказать. Определенный ответ я получила вчера от моего домашнего врача. А сегодня у меня такие боли во всем теле, каких у меня еще никогда не было...»

Терапевт: «Предположение, что у вас рассеянный склероз, вероятно, было для вас шоком. Сначала вы не могли справиться с эмоциями. Затем вы стойко выдержали неопределенность, пройдя все исследования. Только вчера вы смогли, наконец, дать выход своему напряжению. Все это время вы действовали очень собранно, а сейчас, когда бремя ожидания снято, реагирует ваше тело. Сейчас важно то, что говорят вам эти боли? Что с Вами происходило в последние 5 — 6 лет? ».

Собеседница: «Неужели это действительно может быть взаимосвязано? Со мной произошло много всего».

Поскольку это был телефонный разговор, я отказался от выяснения мелких деталей. Для начала было достаточным избавить собеседницу от ее когнитивной и эмоциональной фиксации на болях, чтобы она смогла воспринимать их как сигналы своего организма и понять смысл возникновения этих болей в настоящий момент своей жизни.

Терапевт: «Кто-нибудь в вашей семье заболел? Разлучались ли вы с кем-то из своей семьи? Были ли какие-нибудь важные изменения в профессиональной жизни? Умер ли кто-нибудь из ваших родственников или знакомых, кто был особенно близок Вам?»

Собеседница: «Все это со мной произошло. Неужели это действительно может вызвать такие боли? »

Мне не хотелось в разговоре доказывать пациентке психогенез ее болей. Было достаточно того, чтобы она сначала смогла найти подход к своей симптоматике. Если в начале нашего разговора она казалась беспомощной, а голос звучал требовательно и даже враждебно, то теперь она заметно успокоилась и расслабилась. Теперь возникло доверие, которое позволяло ей самой подумать над возможными взаимосвязями или обсудить с врачом то, что до сих пор оставалось невысказанным. При этом я посоветовал ей написать все ее мысли на 1—2 страничках. Затем я дал ей адрес моего коллеги, который как раз занимался душевными проблемами больных с рассеянным склерозом.

В этом продлившемся около получаса телефонном разговоре я следовал трем ключевым моментам позитивной психотерапии:

1) позитивный процесс,

- 2) содержание процесса,
- 3) пятиступенчатая модель консультирования.

Эти три базовые модели вовсе не было необходимости разрабатывать во всех подробностях. Они просто были ориентирами, чтобы я не заблудился в лабиринте жизненной ситуации больной и не зашел — так же как и она — в тупик. Мне нужна была эта ориентировка еще и потому, чтобы не повторить поведения коллег, которое хотя и было необходимо для медицинского обоснования диагноза, но для моей собеседницы стало уже само по себе почти неразрешимой проблемой.

Позитивное толкование

Оно осуществлялось здесь дискретно. Я не только сообщил моей собеседнице, что понял, как она страдает от болей, но и дал ей понять, что, помимо этих болей, она обладает способностью преодолевать физическое неблагополучие, экзистенциальную тревогу, страх, амбивалентность от надежды до безнадежности и, наконец, множество личных конфликтов. При этом я не ограничивался лишь восприятием страданий, слабостей и беспомощности больной и лечением их, а напомнил ей о ее силах и способностях, которые она уже довольно давно поставила под сомнение. Таким образом, она перестала быть только пассивной жертвой, как она вынуждена была ощущать себя, особенно во время медицинских обследований последние 4 недели, напротив, она снова училась быть активной. Для этого были использованы два терапевтических подхода: новая интерпретация симптомов, обращение к способностям и изменение точки зрения, благодаря чему на горизонте мышления и чувствования возникли новые возможности решения конфликтов.

Содержательная модель

Я использовал эту модель, потому что она помогла мне увидеть потенциальные способности и решения конфликтов не просто в диффузно-абстрактной форме, а заставила дифференцировать и конкретизировать их (ср. «4 формы переработки конфликтов», ч.1, гл.3, рис.5): болевая симптоматика означает прежде всего, что пациентка реагировала своим телом — даже всем своим телом. Сообщение, что у нее может быть рассеянный склероз (РС), конкретизировало уже тревожившие ее неясные страхи и поставило больную перед лицом неожиданного и неизвестного. В связи с тем, что болезнь поставила под вопрос ее будущее, она начала этим заниматься. Если в этой фазе шока пробудившиеся страхи не могли проникнуть в ее переживания, то в последующее время она отреагировала весьма эмоционально. И сделала это так, как позволяли ей ее личные силы: она замкнулась в себе, стала в буквальном смысле слова переносить происходящее с ней, пытаюсь

взять все трудности на себя и избавить от них свою семью (контакты). Она поистине могла «страдать, не жалуясь».

Во время критического периода, в зависимости от пребывания в больнице, она регулярно ходила на работу (*деятельность*) и вела хозяйство, ухаживая за мужем и двумя детьми. Кроме того, она воспользовалась еще одной своей способностью, чтобы чувствовать себя увереннее: своим разумом. Она ходила к врачу, обследовалась по всем правилам медицины, прочитала в специальной книге, что такое РС и какое течение он может принимать, воображала себе разные неопределенные ситуации, в которые она попадает из-за своей болезни.

Пятиступенчатая модель лечения

Хотя она и не была применена полностью, она, безусловно, имела место и помогла мне во время разговора сопоставлять мое вмешательство с потребностями больной. Наряду с этими структурными признаками, которые скорее статически позволяют определить потенциальные способности, процессуально мне помогла пятиступенчатая модель лечения: на какой ступени отношений находится больная? На какой стоит терапевт?

Началом послужила *ступень наблюдения и дистанцирования*, на которой она могла последовательно представить себя без вмешательств с моей стороны. На *ступени инвентаризации* я старался дополнительно к предъявляемым жалобам и симптомам мобилизовать и конструктивные способности. *Ступень ситуативной поддержки* послужила тому, чтобы так представить пациентке полученную информацию, что она, с одной стороны, снова нашла бы путь к своим способностям, а с другой — смогла принять это предложение также и в ее сегодняшней жизненной ситуации. Это означало, что она заинтересовалась моим предложением и начала говорить об этом с терапевтом, партнером и др., а также сама с собой и записывать свои мысли. Это соответствует *ступени вербализации*. На *ступени расширения системы целей*, она начала меняться. Она пробовала сначала, вероятно, в фантазиях, а может быть, и в реальной жизни свои способности; увидела новые аспекты своей собственной жизни, училась вместе с тем находить новые пути выхода из болезни и нащупывала свое внутреннее равновесие.

Эти пять ступеней не являются единственным большим шагом, который человек может сделать лишь в рамках психотерапии и благодаря которому он сможет переструктурировать свою личность, они постоянно происходят в совместной жизни людей. Это малые шаги компромиссов, открывающие новые возможности и способности. Иметь в виду, каково значение терапевтического вмешательства, важно для реалистической оценки самих терапевтических возможностей. Это также много значит и для того, чтобы не предъявлять пациенту чрезмерных требований и дать ему действительно лишь то, в чем он нуждается в данный момент своей жизни, а это не всегда идентично тому, что терапевт хочет дать и что считает успе-

хом. Хотя все три модели были представлены в разговоре с больной, я не стал давать ей все за один раз...

Вывод. Этот телефонный разговор, ставший сеансом психотерапии при нервном срыве, позволил вместе с тем определить границы возможностей. Не возникло необходимости терапевтически продлевать стадию *привязанности* и позволять больной дополнительную регрессию, как это было бы при стационарном лечении, например, суицидальных тенденций.

Не было цели прорабатывать с пациенткой ее *актуальный и базовый конфликт*, пусть даже только частично. Целью в большей степени было напомнить больной о ее собственном потенциале самопомощи, помочь осознать собственные способности и дать ей шанс сделать следующий шаг в ее собственном процессе развития, что содержало также для нее возможность отказаться от этого предложения.

Этот процесс консультирования имел признаки отделения при терапевтической готовности признать автономность собеседницы. Этот срыв, естественно, не решил ни одного конфликта, однако поставил перед больной ряд вопросов и предложил ей различные точки зрения, которые дали ей возможность узнать нечто новое о себе. Это означает также, что она могла научиться иначе обходиться с тревогами и терапевтами. И что она, помимо способности все переносить, может развить еще и способность задавать вопросы, выражать тревоги и потребности и принимать то, что медики легко просматривают из-за их обусловленной рутинной работой односторонности: другую сторону болезни со всеми ее проявлениями в иных жизненных сферах: профессия/ достижение, семья/ контакты и будущее.

II. Картины болезней

1. Нервная анорексия и булимия

*Способность обходиться малыми средствами.
Способность разделить тяготы мирового голода*

Определение

Под нервной анорексией или пубертатным похуданием, понимают значительную потерю массы тела, вследствие отказа от еды и/или хронической рвоты. Заболевание возникает обычно в пубертатном возрасте и почти, исключительно, у девушек.

В классификации болезней DSM-III-R (1989) Американской психиатрической ассоциации для распознавания клинической картины булимии установлены следующие диагностические критерии:

- 1) повторяющиеся приступы булимии (потребление большого количества пищи за короткие промежутки времени, обычно менее чем за 2 ч);
- 2) как минимум три из следующих симптомов:
 - а) потребление высококалорийной, легкоусвояемой пищи во время приступов булимии;
 - б) беспорядочная еда «всего подряд» во время приступа булимии;
 - в) окончание приступа булимии возникновением абдоминальных расстройств: сном, самостоятельно вызванной рвотой или расстройствами в результате последней;
 - г) повторные попытки сбросить вес при помощи строгой диеты, специально вызываемой рвоты и применения слабительных или диуретиков;
 - д) частые колебания в весе с разницей более чем в 5 кг, обусловленные голоданием или избыточным потреблением пищи;
- 3) нарушение пищевого поведения осознается; одновременно возникает страх потерять над ним контроль;
- 4) депрессивное настроение и самообесценивающие мысли после приступов булимии;
- 5) эпизоды булимии возникают не в рамках нервной анорексии или вследствие известного соматического заболевания.

Симптоматика

Ранние симптомы анорексии проявляются часто необычными изменениями в поведении: в отношениях с окружающими могут появиться замкнутость и стремление к изоляции; к определенным блюдам может развиваться отвращение. Может вдруг возникнуть страх потерять контроль над массой своего тела. Для развернутой картины болезни характерны, согласно DSM-III-R (1989), следующие пять симптомов: ярко выраженный страх растолстеть, который не уменьшается и с потерей массы тела, нарушения собственной схемы тела в смысле искаженного самовосприятия. Например, убеждение в своей излишней полноте, несмотря на отчетливое похудание — потеря минимум 25% исходной массы тела — отказ поддерживать массу своего тела выше минимально нормальной границы в соответствии с возрастом и ростом — отсутствие какой бы то ни было соматической болезни, которая могла бы обусловить похудание (см. *Meermann & Vandereyecken*, 1987).

Транскультурный аспект и эпидемиология

Психогенное похудание является заболеванием, которое встречается во всех странах мира. Оно возникает даже там, где очень остро стоит продовольственная проблема, например в Индии, что, по мнению Brautigam и Christian (1973), доказывает, что следует различать недоедание и стремление похудеть. Согласно, Jores (1981), в США было установлено, что анорексией чаще болеет белое, нежели цветное население, и при этом чаще люди из высших социальных слоев. Нервная анорексия встречается почти исключительно в возрасте от пубертата до 25 лет, преимущественно у женщин. Соотношение частоты заболевания среди мужчин и женщин составляет, по Petzold и Reindell (1980), 1:10, по Jores (1981) - 1:20 или 1:30. Из 100 000 женщин в возрасте от 15 до 25 лет анорексией ежегодно болеет 15-75.

Обзор литературы

С точки зрения глубиннопсихологической теории, потеря аппетита и отказ от приема пищи являются защитой подсознательных орально-поссесивных и агрессивных тенденций, поскольку бытие (Existenz) плохой совести не может предоставить удовлетворение этих потребностей. В этой связи Loch (1971) и Alexander (1971) указывают на значение голодания как наказания. Оба автора видят также в этой симптоматике бессознательную реакцию протеста и сопротивления.

Brautigam и Christian (1973) видят в основе anorexia nervosa амбивалентную установку женщины к половой роли. Jores (1981) считает, что центральное значение имеет мать. Petzold и Reindell (1980) установили, что в семьях, где встречаются anorexia nervosa особенно выражено стремление избежать конфликтов, вследствие чего возникает хотя и скрытое, но перманентное напряжение.

По данным Battegey (1982), большую роль в поддержании симптоматики играет вторичное заболевание. С его появлением и развитием больные могут отмечать, что «они остались эмоционально голодными». Отказывающиеся от еды, согласно Genlinghoff и Backmund (1989), часто являются жертвами своих собственных идей: малая масса тела — это здоровее, чем большая; аскетизм обостряет ум; физическую слабость следует преодолевать закалкой; растительные слабительные средства, не являются настоящими слабительными и т.п. По данным Thoma (1972), около 30% больных поддаются психоаналитической терапии. Достигается улучшение в пищевом поведении и психосоциальном развитии. Rosman и др. (1976) наблюдали взаимодействия внутри семьи и на этой основе разрабатывали затем терапевтическую стратегию. По данным Minuchin (1977), семейно-терапевтические вмешательства изменяют общий жизненный контекст больного. Fichter и Keeser (1980) показали, что при использовании стратегии поведенческой терапии внимание уделяется не только прибавке массы тела, но и изменению социального поведения.

Больные с булимией, согласно Genlinghoff и Backmund (1989), внешне просто совершенны: «у них «идеальная фигура», они успешны и постоянно «действуют»». Превосходный фасад скрывает, однако, крайне низкую самооценку. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием.

Пословицы и народная мудрость

Перебить аппетит (всякая охота пропадает), надоел до дыры в желудке (замучить вопросами, заговорить); я сыт по горло; кожа да кости остались; надоело до тошноты, с души воротит; что-то портит аппетит; голод лучший повар; у кого-либо глаза были не сыты.

Притча: «Вылеченный бред!»

Когда король Амирнуэ Самани умер, ученые воспользовались возможностью вовлечь ненавистного им Авиценну в интриги. Тогда Авиценне не оставалось ничего другого, как покинуть город Горган и направиться в Рей, принадлежавший династии Аиламина. Рей был под властью короля Маццельдовля. Повелитель страдал меланхолией и анорексией. Авиценна решил помочь ему одним очень своеобразным методом. Древнеперсидский поэт описывает это лечение так:

Господин считал, будто он — корова, полностью позабыв, что он человек. Поэтому он мычал, как бык, и умолял: «Придите, убейте меня и используйте мое мясо». Он ничего не ел и отсылал обратно все подаваемые ему блюда: «Почему вы не отведете меня на зеленый лужок, где я мог бы поесть, как настоящая

корова?» Так, как он ничего не ел, то от него остались уже только кожа да кости. Никакие методы и лекарства не помогали, и тогда решили спросить совета у Авиценны. Тот попросил сказать правителю, что к нему придет мясник, чтобы убить его, разделать его тушу и раздать мясо людям. Когда больной услышал эту новость, он чрезвычайно обрадовался и с нетерпением стал ждать своей смерти. В условленный день Авиценна пришел к королю. Он размахивал огромным ножом и кричал страшным голосом: «Где эта корова, я, наконец, зарежу ее!» Король протяжно замычал, чтобы мясник понял, где его жертва. Авиценна громко приказал: «Принесите сюда животное, свяжите его, чтобы я мог отрубить ему голову». Но прежде чем приступить к работе, он проверил, как это делает каждый мясник, бедра и живот принесенного на бойню животного на количество мяса и жира, и громко закричал: «Нет, нет, эта корова еще не готова для бойни! Она такая тощая! Заберите ее и дайте ей поесть. Когда она наберет хороший вес, я приду и зарежу ее». В надежде вскоре быть зарезанным больной стал есть все, что ему приносили. Он стал



Рис. 12. Вылеченный бред (из Peseschkian, 1977)

набирать вес, его состояние улучшалось и, под наблюдением Авиценны, он полностью выздоровел.

Аспекты самопомощи: развитие нервной анорексии и булимии с точки зрения позитивной психотерапии

Описание случая: «Я ощущаю себя словно на карнавальном шествии: 3 шага вперед и 2 шага назад! »

Я страдаю булимией. Я 1—2 раза в день до отвала наедаюсь теми продуктами, которые запретила сама себе из-за веса. Из страха растолстеть я вызываю после этого рвоту. Несмотря на то, что утром я обещаю себе ничего не покупать и «быть благоразумной», меня почти неодолимо влечет после работы в продуктовый магазин, где я покупаю то, что не нужно очень долго готовить, но что я ем, тем не менее, с удовольствием: хлебцы, пирожные, шоколад, готовые порционные блюда. У меня нет желания себе что-то готовить, а так, естественно, быстрее. Уже по дороге домой я начинаю есть. Когда я уже дома, я ем до тех пор, пока не пресыщусь и все не будет съедено. Затем я вызываю рвоту, и мне после этого плохо. Обычно я тогда ем что-то «разрешенное», чтобы сохранить свой вес, потому что я не хочу ни похудеть, ни поправиться. После рвоты неодолимое стремление к еде и рвоте проходит, однако я панически боюсь потолстеть, это для меня похоже на конец света. Когда я приглашена на ужин, сама устраиваю праздник, или иду в кафе, я всегда также иду после еды в туалет, чтобы вызвать рвоту.

Еда является для меня утешением, убежищем, защитой. Я осознаю, что мне нужно найти что-то другое, чтобы избавиться от булимии, я только не знаю, как и что. Плохо также и финансовое положение, в которое я буквально «вьедаюсь».

В день мне требуется в зависимости от расположения духа от 20 до 50 DM на продукты, которые я вскоре «выбрасываю» с рвотой. Я хотела бы избавиться от этой навязчивости и, прежде всего, от этого ужаса перед прибавкой в весе... (35-летняя медсестра с партнерскими проблемами).

а) Жалобы и физиология

При анорексии происходит экстремальное снижение массы тела, бывает до 25 кг. К этому, главным образом, приводит отказ от пищи. Поскольку установка на еду амбивалентна, возникают приступы голода, которые обычно утаиваются и протекают с чувством стыда и вины. Под предлогом физического неблагополучия (например, чувства переполнения) больной пытается, как можно скорее избавиться от пищи, вызывая рвоту или принимая слабительные. Регулярно встречаются хронические запоры, могут быть менструальные расстройства. Следует отметить повышенную двигательную активность, даже при крайнем упадке сил вследствие

недостаточного питания. Критичность по отношению к своему состоянию отсутствует. Восприятие тела нарушено, кахектическое состояние отрицается. В тяжелых случаях могут развиваться белковая и витаминная недостаточность, электролитные нарушения, прежде всего гипокалиемия; при этом болезненных изменений органов не обнаруживается.

Постоянный признак булимии, по данным Kjhle и Simons (1986), — «эпизоды волчьего аппетита, которые регулярно сопровождаются неукротимой самоиндуцированной рвотой и поносом. Эти эпизоды переедания служат непосредственно поводом для рвоты с целью предотвращения всасывания питательных веществ. В противоположность нервной анорексии, при *bulimia nervosa* нормальная или немного сниженная масса тела. Аменорея не является постоянным признаком, а является преходящим симптомом. Так же как и при *anorexia nervosa*, у больных отмечается чрезмерная озабоченность своим телом и страх потолстеть. Относительно часто при этом состоянии наблюдается тенденция к депрессии и ярко выражена потребность в социальном соответствии».

б) *Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения*

При психогенном голодании речь идет в меньшей степени о заболевании отдельного человека, нежели о заболевании всей семьи, где голодающий становится носителем симптома. Своей болезнью он выражает то, от чего страдает вся семья, однако никто не может высказать или отваживается только думать об этом. С этой точки зрения больной является самым сильным в кругу своей семьи, потому что он отваживается, ставя под угрозу свою жизнь, обнаружить семейные проблемы и социальную справедливость. Какими силами обладают именно эти слабые и беспомощные внешне люди, проявляется в той последовательности, с которой они отказываются от приема пищи и выражают протест, а также в их честолюбии, их активности и железном самоконтроле. Последний, конечно, часто приводит к противоположным действиям: чтобы не пришлось оправдываться перед собой из-за своего волчьего аппетита (учтивость /искренность), они зачастую поглощают горы еды, чтобы затем исторгнуть из себя.

в) *Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития*

Семьи голодающих обычно относятся к так называемым интактным семьям с прочным финансовым положением. Типично, что в этих семьях или у одного из родителей весьма высоко ценится аккуратность, опрятность, вежливость, достижения и в отношении религии — послушание. Установка по отношению к телу, чувственности и сексуальности, как правило, односторонняя, говоря словами

Dethlefsen и Dahlke (1983), в направлении «одухотворенности», «дематериализации». В этой связи говорят об «аскетических семьях». Не существует радости от чувственных, «инстинктивных» прелестей жизни и нежности. Любовь служит лишь достижению и благополучию друг для друга нет времени, контакты с внешним миром отсутствуют. Здесь доминируют концепции типа: «Прежде работа — потом удовольствие», «Если ты что-то умеешь, тогда ты что-то представляешь из себя», «Все, что на столе, следует съесть» и «Что скажут люди» (учтивость).

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя «Динамика конфликта»

Когда выросшие в такой семье дети, обретая самостоятельность, покидают свой дом, то неизбежно попадают в конфликт между тем, чему они научились дома, и своими собственными желаниями и установками. Путь в соматику означает для них не «бегство», а скорее драматическую акцию, видимое для всех восстание против конвенций и конформизма демонстрацией автономности. Так, симптомы иногда могут отражать семейные конфликты (ощущение несправедливости: «Почему именно я?»), а в других хорошо адаптированных к ситуации семьях они могут быть поняты как реакция на социальную несправедливость (например, голод в мире). Физическая очевидность заставляет семью реагировать на это в позитивном смысле: поставить проблемы, пересмотреть концепции. Таким образом, позитивная психотерапия видит в психогенном голодании не столько болезненное отсутствие аппетита или стратегию избегания пищи, сколько *способность при помощи голодания обратить внимание на что-то в себе или вокруг себя*.

Страдающие анорексией, с одной стороны, своим примером показывают какими малыми средствами можно обойтись (аскетизм и одиночество), с другой стороны, они обладают альтруистической способностью готовить для других и разделять с другими мировой голод.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нервной анорексии и булимии

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Какие симптомы и жалобы предшествовали? Где и как больной лечился до настоящего времени? Какие разъяснения давались ему в отношении болезни? — Позитивная интерпретация, первое появление симптомов, факторы, способствовавшие началу заболевания, транскультурные аспекты, пословицы.

Описание случая: «Способность идентифицироваться с голодающими в мире».

Школьница 17 лет, уже по внешнему виду которой можно было сказать, что она страдает анорексией, пришла ко мне на консультацию. Ее внешний вид был настолько непримечателен, что это уже само по себе бросалось в глаза, она встречала окружающий мир серьезно и недружелюбно. Все ее движения были замедленны, а жесты скупы. У меня возникло впечатление, что она старалась держаться спокойно и на расстоянии.

Терапевт: «Как Вам известно, со мной уже говорила Ваша мать, я ждал Вас. Можете ли Вы мне сказать своими словами, что привело Вас ко мне? »

Пациентка: «Мои родители считают, что я мало ем». (Она оставалась при этом спокойной, выжидающей и недружелюбной.)

Терапевт: «Вы считаете, что можете обойтись необильной едой? »

Пациентка (заметно заинтересовалась): «Да, именно так. Вы должны это сказать моим родителям, они уж слишком усиленно следят за тем, что я ем и сколько».

Терапевт: «Как Вы, наверное, знаете, существуют разные культуры, например, в Индии, Китае и Африке, где многие люди привыкли обходиться малыми средствами и очень страстны. Вы интересовались этим?»

Пациентка: «Да, я много слышала об этом и читала, я часто думаю об этом. Меня очень интересует, как этим людям удастся, обойтись немногим. Я восхищаюсь ими, ведь в этом отношении они более независимы, чем мы».

Терапевт: «Мне припоминается одна история, которая похожа на Вашу ситуацию. Одна мать жаловалась на свою дочь: «Не может быть, как же плохо ты ешь! Многие, были бы рады, иметь хотя бы половину того, что у тебя есть». На это дочь невозмутимо отвечала ей: «Милая мама, я тоже».

Ступень 2: инвентаризация

- События жизни, актуальный конфликт, какие события произошли с пациентом в последние 5—10 лет? Как они были переработаны? Больной должен назвать минимум 10 событий.
- Четыре формы переработки конфликтов: какое влияние оказали эти события на общее благополучие, профессию, партнерские отношения, семью и другие межличностные отношения и перспективы на будущее? Какие формы переработки конфликтов предпочтительны?
- Микротравмы: какие актуальные способности оказывают микротравмирующее действие? Они воспроизводят содержание и условия индивидуальных, семейных и социальных конфликтов (внутренний конфликт).
- Модели для подражания («путешествие в прошлое» — базовый конфликт): как было принято реагировать на конфликты и события именно таким способом? Ка-

кие концепции и симптомы практиковались в семье из поколения в поколение (становление концепций, первоначальная семья, жизненная философия)?

Чтобы прояснить особенности развития больной и ее установку к приему пищи и рассмотреть эти вопросы с точки зрения всесторонних психологических взаимосвязей, сначала был продолжен диалог:

Терапевт: «Как поступали Ваши родители, если Вы не все съедали?»

Пациентка: «Они ругали за это и говорили, что я малоежка. Они также рассказывали мне, сколько усилий они приложили, какая я неблагодарная. Если же ничего не помогало, и я все равно оставляла еду, то позже ее разогревали и снова предлагали мне». (Пациентка горько улыбнулась и слегка покачала при этом головой.)

Терапевт: «Мне кажется, Вы не можете понять, почему Ваши родители считают, что Вы должны съесть все. На Западе, как правило, господствует обычай: «Нужно съесть все, что есть на столе!», в то время, как во многих восточных культурах лучшей манерой считается оставить на тарелке немного пищи».

Пациентка: (удивлена и высоко поднимает брови): «Я не знала, что существуют такие различия и что это зависит от культурной среды. Это невероятно!» (Она замолкает и раздумывает.)

Терапевт: «Забота о питании очень много значит для Ваших родителей?»

Пациентка: «Да, очень. Маленькой я получала от моей матери каждый вечер, идя спать, кусок шоколада в качестве «сопровождения» на ночь. Действительно, у нас дома царит принцип, что следует съесть все, что есть на столе. Когда я сегодня об этом думаю, меня бросает в дрожь: разваренные овощи и чересчур много других продуктов. У меня было такое отвращение к этому, что некоторые блюда я не могла есть. Кроме того, мои родители не могут примириться с тем, что я хотела бы поддерживать небольшой вес».

Терапевт: «Что для Вас значит быть стройной и обходиться малыми средствами?»

Пациентка: «Это важно для моей независимости. Мне необходима свобода, несвязанность. Я не хочу отчитываться ни перед кем, кроме себя самой, моей совести и Бога, о том, что я делаю или чего не делаю. В споре мой отец всегда говорит нам, что мы это или то понимаем неправильно, и тогда происходит нечто вроде «brein-wash», или как у деревьев, которым снова и снова обрезают ветви, и они, в конце концов, когда-то начинают расти так, как этого хотят люди».

Терапевт: «Какое значение имеет еда для Ваших родителей, и как Вы к этому относитесь?»

Пациентка: «Поскольку мои родители мало чем интересуются, кроме того, что относится к их предпочтениям, еда играет для них, пожалуй, очень важную роль. Мой отец заботится о нас, детях, больше, чем о матери, и это он делает как кормилец. Когда я плохо

ем, то мне дают понять, что есть очень много людей, которые вынуждены голодать, и что нам повезло не испытывать этого на себе».

Терапевт: «У Вас есть способность идентифицироваться с голодающими мира? »

Пациентка: «В известной мере, да. В то время, как в мире царит такая несправедливость, у нас дома все вращается вокруг еды и работы. Меня раздражает, что мои родители за столом всегда разыгрывают грандиозный спектакль, чтобы я съела все, что есть на моей тарелке, а они при этом становятся толще! Они заботятся только о своих собственных интересах, не замечая, что происходит вокруг них».

Терапевт: «Могли бы Вы поговорить со своими родителями о ситуации в мире?»

Пациентка: «Нет, эта тема обычно решается словами: «Они сами виноваты» или «Они ведь не хотят иначе». Мой отец не терпит здесь никакого другого мнения, кроме своего. Главное, что у нас все хорошо, и в семье все в порядке».

Терапевт: «Из Ваших слов я понял, что у Вас еще есть старший брат. Как у него обстоят дела с едой?»

Пациентка: «Да, здесь тоже целая проблема. Когда у моего брата в два года появилась пищевая аллергия и ему нельзя было очень много есть, мои родители, естественно, были весьма рады, что этой болезни нет у меня. Родители постоянно говорили мне, особенно когда нас куда-нибудь приглашали, как плохо выглядит мой брат и как хорошо — я!»

Терапевт: «Вы считаете, что родители в заботах о Вас пренебрегают братом? »

Пациентка: «Да, даже очень». (Она, озабоченно кивает головой.)

Терапевт: «Как Вы относитесь к Вашему брату?»

Пациентка: «У нас были исключительно хорошие отношения. До начала его учебы мы практически все делали вместе и сейчас в выходные тоже всегда идем куда-нибудь вместе. Мы всегда были похожи с ним, даже внешне».

Терапевт: «Ваш брат служит для Вас положительным примером?»

Пациентка (заинтересованно улыбается, ее внимание заметно возросло): «Два года назад все было в порядке, я могла говорить с ним обо всем. Потом, однако, я заметила, что становлюсь женщиной. И я испугалась, особенно потому, что во всем стремилась быть похожей на брата. Еще меня волнует, что все его и наши общие друзья также стройны, как он, так что я среди них всегда чувствую себя несколько стесненно...»

Речь идет об анорексии у психастенической личности на базе депрессивно-истерической невротической структуры (потеря массы тела, страх, тревожность и депрессии). Депрессивные явления, которые многими авторами описывались как

фазовые, скорее были реактивными из-за переживаний и как следствие ситуаций напряжения (идентификация с братом, сомнения в правильности семейных концепций с одновременной необходимостью жить в семье, постоянные размышления и сопоставления, какую ответственность она должна будет нести при последующем выборе профессии и партнера). На эту ситуацию она реагировала регрессивно в сфере тело/ ощущения. Анализ свидетельствует в пользу этого диагноза также, как и процесс терапии.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Какое позитивное влияние оказывают события и жизненные концепции на пациентку и ее семью? Позитивные (малоконфликтные) сферы пациента и его семьи доводятся до сознания и последовательно поощряются. Медикаментозное лечение? Физикальное обследование? Диета? Релаксационные методы? Интервальный тренинг?

Вместо привычных упреков и комментариев пациентка впервые услышала, что она обладает способностью обходиться небольшим количеством пищи. Базис для дальнейшего разговора, в котором были выяснены существенные аспекты болезни, хотя об этом никогда напрямую не спрашивалось, был заложен.

Толкование, что у нее есть способность идентифицироваться с голодающими мира, произвело на нее особенно большое впечатление, потому что ее очень интересовали проекты социального и экономического развития, которые могли бы помочь широкой общественности стран третьего мира создать лучшие условия жизни.

Наша способность идентифицироваться с другими и чувствовать, как они, складывается в результате восприятия нашего органического единства с обществом. Безусловно, один из аспектов болезни — стремление пациенток к этому чувству общности, однако они не могут достичь его вовсе или в желаемой форме. В этой связи нельзя оставить без внимания, что развод родителей, развод/ разлука с партнером и сенсбилизация к вопросам справедливость/ несправедливость — в рамках семьи и в мире — играют особенную роль, о чем идет речь и в процессе терапии.

В рамках пятиступенчатой позитивной семейной терапии, основываясь на знании этих конфликтных потенциалов, может быть проработана проблематика пациентки. Анекдот: «Милая мама, я тоже!», заставил ее рассмеяться и подготовил, таким образом, почву для изменения точки зрения. Притча: «Вылеченный бред» благотворно подействовала на установление желаемых отношений врач—больной; она была рассказана во время релаксационных упражнений. Так пациентка смогла увидеть новую концепцию своего заболевания, что облегчило терапевтическую работу. Дополнительно она получала лечение — антидепрессанты в небольшой дозе, так что уровень активности от этого не пострадал.

Ступень 4: вербализация

Какие еще проблемы следует решить? Какие три проблемы пациент хотел бы затронуть в ближайшие 3—5 недель? Проблемы и неразвитые сферы конкретизируются, вербализуются и обсуждается коммуникация с партнером по установленным правилам (семейная группа, партнерская группа, профессиональная группа).

После того как на стадии 3 были выяснены позитивные аспекты ее чувства справедливости, на стадии 4 корректировались теневые стороны этого чувства («тик справедливости»), которые постоянно приводили к индивидуальным и общественным коммуникативным проблемам. Например, пациентка сказала о самой себе:

Я могу сказать о себе, что я просто фанатик справедливости. Я вмешиваюсь во все, даже если меня это абсолютно не касается. Если я вижу, что здесь что-то идет не по справедливости, то я пытаюсь повлиять на несправедливость...

Затем в связи с невротическими навязчивостями наряду с актуальной способностью *единство* (ср. ч. II, гл. 39) речь шла о *справедливости* в индивидуальном и всеобъемлющем смысле: «Вы видите очень большой смысл в справедливости, но можете, однако, еще и научиться переносить несправедливость...»

Актуальная способность «справедливость»

Определение и развитие: справедливость — это способность уравнивать все интересы в отношении себя самого и других. Несправедливым воспринимается при этом такое обращение, которое диктуется личными предпочтениями и отвержениями или частичными ориентациями вместо детальных размышлений. Общественный аспект этой актуальной способности — социальная справедливость.

Каждый человек обладает чувством справедливости. Способ обращения близких с ребенком, насколько они справедливы к нему, его братьям и сестрам и друг к другу, отражается в индивидуальном отношении к справедливости.

Как об этом спрашивают? Кто из Вас больше ценит справедливость (справедливость или несправедливость, в каких ситуациях и по отношению к кому)? Считаете ли Вы своего партнера справедливым (по отношению к детям, братьям и сестрам, другим людям, Вам лично)? Как Вы реагируете, если к Вам относятся несправедливо (на работе, в семье)? Есть или были ли у Вас проблемы на почве несправедливости (Вам кого-то предпочитали)? Кто из Ваших родителей больше обращал Ваше внимание или внимание Ваших братьев и сестер на справедливость (ситуация)?

Симптомы и расстройства: соразмерный, заслуженный, объективный, беспристрастный, неприемлемый, необоснованный, в сравнении с..., чувствовать себя

обойденным (ущемленным в своих интересах) — тик справедливости, уверенность в собственной справедливости, сверхчувствительность, соперничество, борьба за власть, чувство слабости, несправедливость/ возмездие, месть, индивидуальная и коллективная агрессия, депрессия, пенсионные неврозы.

Особенности поведения: справедливость без любви видит только достижение и сравнение; любовь без справедливости теряет контроль над действительностью. Научись объединять: справедливость и любовь. Обращаться одновременно к двоим означает обращаться к одному несправедливо.

На ступени 4 к лечению неоднократно привлекались оба родителя, в то время как брат от этого отказался. Мать несколько раз говорила о трудностях, которые у нее многие годы существуют с мужем. Муж не хочет иметь много контактов вне семьи. Конфликтная тема в семье — «порядок» у детей. В то время как отец упорно настаивал на порядке, мать все убирала сама. Обсуждение этого, большей частью, бессознательного невралгического момента и возможностей его решения, привело к ощутимому улучшению атмосферы в семье.

Ступень 5: расширение системы целей

Какая цель у пациента и его семьи на ближайшие 3—5 лет (дней, недель, месяцев)? Что бы он стал делать в отношении здоровья, профессии, семьи и общества, если бы у него не стало больше проблем?

На этой стадии пациентка выразила желание стать после выпускных экзаменов международной корреспонденткой, чтобы познакомиться с представителями различных культур. Выяснилось также, что у нее был страх стать взрослой не потому, что она не хотела реализовать свою половую роль, а потому, что она опасалась в партнерских отношениях и будущей семье столкнуться с теми задачами, для решения которых она еще не ощущала себя достаточно взрослой. При этом подразумевалась целая сумма «мелочей» вроде аккуратности и обращения с деньгами (бережливость). Кроме того, хотя у нее и было желание общения, она еще не научилась устанавливать и поддерживать отношения. Обсуждался вопрос как она может найти «нужного» партнера в «нужный» момент.

После того, как через 28 сеансов пациентка избавилась от болезни и сдала абитуру, она окончила различные заграничные учебные заведения. Она достигла своей профессиональной цели. Когда ее брат увидел, что его сестра прошла такой путь позитивных преобразований, он сам обратился с просьбой о психотерапии по поводу своих аллергических расстройств. Пациентка так описала результат лечения:

На первый вопрос — что изменилось для меня и моей семьи — можно ответить очень обнадеживающе. Атмосфера в семье заметно разрядилась, стала дружелюбнее, искреннее, конфликты между моими родителями в большей степени разрешились. Мой отец и моя мать даже планируют сейчас большие совместные поездки.

Кроме того, коренным образом изменилось мое отношение к ним. Я встречаю их с меньшим упрямством и доверяю им намного больше. То, что я раньше испытывала как агрессию, страх, меланхолию, жалость или ненависть к себе, и прочие негативные чувства, медленно, но верно превращается в любовь, доверие, защищенность, благодарность. Возможно, не все, но мне сейчас легче выразить словами эти неприятные ощущения, вместо того, чтобы направить их на самоуничтожение. Я приобрела также опыт вообще держаться на расстоянии от тех вещей, которые неприятны или которые меня лично не касаются, — я думаю, это как минимум. Я также не стремлюсь, как прежде, подражать моему брату, напротив, стараюсь относиться к нему критично, что ничуть не изменяет наши с ним отличные отношения. В остальном у меня много меняющихся, нестойких, почти поверхностных, а также некоторое число лучших, глубоких контактов (среди них даже два очень важных), которые я установила еще в ходе лечения. Отчасти, я стараюсь при этом немного помочь другим, делюсь своим опытом, или вообще оптимизировать общение в моей профессиональной деятельности. Поскольку я на себе испытала, как ощутимо может улучшиться качество жизни, если не подходить ко всему очень оптимистично и в то же время с достаточной степенью реальности, как тяжело учиться на своих ошибках, я бы была рада помочь другим в достижении этого ощущения счастья. Точно так же я безумно рада, что снова могу ходить в церковь, не предаваясь там каждый раз рыданиям от сильнейшего чувства вины, как это было некоторое время назад. Я действительно еле-еле могла это переносить, по крайней мере, после этого я всегда была подавлена. Терапия также повлияла на мой эндокринный фон, так что я теперь не настолько зажата, как это было раньше, и у меня лишь очень редко синеют руки. Прежде всего, я теперь могу лучше концентрироваться и не отказываюсь от своих мыслей. Я даже привыкла немного к ответственности.

Второй вопрос состоит в том, какие симптомы побудили моих родителей — ведь я сама никогда не собиралась и не видела в этом необходимости — проконсультироваться у психотерапевта. Я думаю, что эти симптомы уже можно отнести к легкой степени анорексии: явления фанатичного отказа от еды или психопатическое пищевое поведение, задержки менструаций, постоянно синие мерзнущие руки, появляющаяся временами «апатия», неуспех в школе, депрессивные или язвительные высказывания (почти постоянно), бессмысленные попытки задержать свое физическое развитие. Я и теперь, похожа на любую девочку, страдающую этим заболеванием, или мальчика, думающего аналогично. Нормально ли все это? Само собой разумеется, что в результате того, что я отказалась от моих прошлых саморазрушительных и, с точки зрения позитивного толкования бессмысленных возможностей ухода от проблем и их переработки, я реагирую теперь совершенно иначе... Так, например, — поскольку я теперь обычно стараюсь постичь психосоциальные причины — теперь я могу лучше понимать других людей или выражаю свой протест словами. Еще очень часто я демонстрирую (причем произвольно) свою беспомощность слезами или скрываю свои комплексы, погружаясь в молчание или холодность.

Так как я придерживаюсь мнения, что каждый должен иметь право умалчивать о том, о чем он считает нужным молчать или не хочет рассказывать, я применяю это правило к моей семье и любопытным. Разумеется, есть у меня и негативные качества: я очень необязательна, несамостоятельна, непунктуальна, забывчива, достаточно невнимательна, нецелеустремленна, подвержена колебаниям настроения, искренна, но в то же время закрыта

(что, по-моему, не приносит ущерба), легко увлекающаяся и восторгающаяся (точно так же быстро все меняется, как «флажок на ветру»), внешне недоверчива и на многих произвожу впечатление, поскольку часто стремлюсь сделать что-нибудь необычное, заносчивой, высокомерной. Но тем не менее, у меня такое впечатление, что я больше и больше соответствую волевой модели, доверяю моим способностям, стала реалистичнее смотреть на них, растет мое честолюбие! С другой стороны, я стала несколько безвольнее в отношении того, что касается моей внешности, и это создает мне большие проблемы. У меня нет естественного ощущения в этой области или, по крайней мере, оно не стойко. Это так же, как я беру много денег и думаю, что позднее верну своим родителям вдвое больше, свои желания, я откладываю на будущее.

Нет, параллельно с этой терапией, я не думала о дальнейшем лечении. Я только прошла обследование кровообращения у невропатолога и принимала участие в недельных *Exercicien Св. Георгия*, что принесло мне много разочарований и шокирующих открытий в себе. Я длительное время не знала, что мне думать.

Приложение: опросник к анорексии и булимии

Ф.И.О. _____ № _____ Дата. _____

Тело/ ощущения — профессия /деятельность — контакты — фантазии/ будущее

- 1) Бывают ли у Вас такие состояния, как будто «дыра в желудке» появилась или «Вам перебили аппетит»? Бывает что-то противно «до тошноты» или Вы «сыты по горло»? Приходят ли Вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с Вашим состоянием?
- 2) От кого Вы впервые узнали о Вашем заболевании?
- 3) Знаете ли Вы, что длительное соблюдение «диеты» может стать причиной избыточной массы тела в последующем, так как после диеты при обычном питании жировые клетки не только заполняются, но и начинают размножаться?
- 4) Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?
- 5) Знаете ли Вы, как относятся к еде люди других культурных традиций?
- 6) Какое место занимают в Вашей жизни школа, профессия, достижения?
- 7) Обсуждаются ли в Вашем кругу другие темы, помимо профессиональных проблем?
- 8) Важно ли для Вас, что подумают люди?
- 9) Цените ли Вы в профессиональной деятельности аккуратность, опрятность, достижения, послушание, бережливость, обязательность?

- 10) Приходит ли признание только за добродетельное поведение и достижения? А конфликты складываются «под ковер»?
- 11) Портится ли у Вас аппетит, когда Вы находитесь в кругу своей семьи? Положительно ли относится Ваша семья к вкусной трапезе, нежности? Или речь идет об «аскетической» семье?
- 12) Важно ли для Вас, как выглядит Ваш партнер? Каким Вы представляете себе партнера? Какими качествами он должен обладать, чтобы быть Вам приятным?
- 13) Интересует ли Вас проблема голода в мире?
- 14) Что бы Вы стали делать, если бы вдруг нас всех постиг голод?
- 15) Какими духовными или культурными потребностями Вы обладаете? Можете ли Вы представить себе интеграцию духовных и материальных потребностей в повседневной жизни?
- 16) Задумываетесь ли Вы о глобальном будущем человечества (война—мир, экологический кризис...)?
- 17) В чем для Вас смысл жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 18) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

2. Ожирение

Способность здесь и теперь доставить себе что-то приятное

Определение

Под ожирением понимают сверхнормальную прибавку массы тела (более чем на 20%), которая обусловлена экзогенными (повышенное потребление пищи в семье, общественные влияния) или эндогенными факторами (гормональные или, чаще, психические расстройства).

Симптоматика

У многих, страдающих ожирением, отсутствует критический взгляд на свое состояние. Субъективно они считают, что едят не слишком много. Типичны, так называемые, приступы обжорства (прежде всего по вечерам и ночам), навязчивое потребление пищи в ситуациях напряжения и конфликтов, чувства вины и страха в отношении еды и попеременные фазы чрезмерного потребления пищи и голодания.

Транскультурный аспект и эпидемиология

По данным немецкого федерального правительства за 1988 г., почти каждый житель Германии передал в день по 1500 калорий. В 1986 г. в Германии на лечение заболеваний, связанных с питанием, было выделено 50 млрд DM. Степень полноты, по данным Bischofvi Herrmann (1986), сильно зависит от культуры, моды, социального слоя и времени. В Германии и англосаксонских странах, ожирение, чаще возникает у женщин низших социальных слоев. В США было установлено, что дети полных родителей по своей комплекции значительно отличаются от тех детей, чьи родители стройны.

Обзор литературы

В психоаналитической литературе после Wilff (1932) причина повышенной пищевой потребности рассматривается как поиск заместительных удовольствий для неудовлетворенных эмоциональных притязаний. По Alexander (1971) происходит регрессия с фиксацией на оральной стадии, Jores (1981) подчеркивает значение отношений мать — дитя в генезе ожирения. Согласно Battegay (1982) «го-лод» — является также предрасположенностью к нарциссизму. По опыту Stunkard

и др. (1980) и Brownell и др. (1983), оказались эффективными, техники поведенческой терапии (Basler и Schwoon, 1977). Большое влияние, согласно данным Kinze (1989), оказывают психосоциальные факторы.

Пословицы и народная мудрость

Лучше полный желудок, чем полный рот забот; ненасытная утроба (загребущие руки); проглотить обиду; обрасти заботами; еда и питье тело с душой связывают (ср.: живот крепче — на сердце легче); любовь проходит через желудок (ср.: путь к сердцу мужчины ведет через желудок).

Притча: «Разделенные обязанности»

Один торговец праздновал новоселье. Гостей щедро потчевали. На длинном столе стояли блюда с испускающим пар рисом, кабачками и баклажанами, ароматными супами, где плавали нежные белые куриные грудки. Были также выставлены виноград, арбузы, огурцы и апельсины. Графины с различными соками должны были утолять жажду гостей. Все наслаждались этими великолепными яствами. Прежде всего мулла. Он набивал рот до отказа, а тому, что уже не лезло само по себе, помогал соком. Он так много запихивал себе за обе щеки, что его лицо, в конце концов, приобрело форму арбуза. «О, мулла, — обратился тут к нему один из гостей, — разве ты хочешь лишить себя жизни, что так много и быстро ешь?» С полным ртом, и при этом, еще откусывая от сочной арбузной дольки, мулла возразил: «Что сказал нам пророк? Он сказал: «Ешьте и пейте!» Я делаю только то, что велел пророк». «Но Бог и его пророки говорили также: «Не преувеличивать, знать меру!» — отвечал ему гость. На это мулла возразил, пожав плечами: «Я ведь не единственный правоверный, вы все тоже правоверные! Одну часть завета: «ешьте и пейте!» выполняю я, другую — «знайте меру!» должны соблюдать вы». Так сказал мулла и положил себе в рот еще горсть виноградин.

Аспекты самопомощи: развитие ожирения с точки зрения позитивной психотерапии

При быстром похудании никогда не исчезает жировой слой, а речь идет только о потере воды, что достигается благодаря эффекту обезвоживания. Ожирение менее чем в 5% случаев, является симптомом органического заболевания (болезнь Кушинга, гиперинсулинизм, аденома гипофиза и др.). Именно при ожирении, которое с удовольствием представляется, как следствие органических нарушений («железы не работают»; «быть хорошим утилизатором пищи»), психические и психосоциальные факторы играют решающую роль. В дополнение к назначению

контролируемой диеты или курса голодания следует спросить, что заставляет человека есть больше, чем это необходимо. Помимо опыта из раннего детства, что еда является чем-то большим, чем просто поступление питательных веществ (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение чувства неудовольствия) это еще и те концепции, которые мы перенимаем в процессе воспитания («Ты должен хорошо есть, чтобы стать большим и сильным», «лучше лопнуть, чем что-нибудь оставить богатому хозяину» — бережливость!). Это те, которые отражают наше отношение к еде, наше пищевое поведение. Принцип «Еда и питье скрепляют душу с телом», наделяет процесс принятия пищи особым значением. Общение, внимание, защищенность и надежность достаются по принципу «Любовь идет через желудок». В рамках пятиступенчатой позитивной психотерапии, при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций), закладываются основы полного смысла терапии. Ожирение понимается как положительное отношение к Я, как актуализация ощущений, прежде всего вкуса, эстетики блюд, как щедрость и широта натуры в отношении питания, как приверженность устоявшимся традициям в питании («Кто толст, тот прекрасен»).

Практические указания к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при ожирении

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Лучше живот от еды, чем горб от работы!»

Техник 44 лет, который при росте 1м 78 см имел массу тела 125 кг, обратился ко мне за консультацией по совету своего домашнего врача, который участвовал в Неделе психотерапии в Бад Наухаймере. Как обычно и бывает в таких случаях, никакого нарушения обмена веществ у него не было обнаружено. С одной стороны, он жаловался только на избыточную массу тела, с полгода лечился от диабета и уже налицо были признаки гипертонии. С другой стороны, казалось, что свою избыточную полноту он фатально принял как свою судьбу. К психотерапевту он пришел только по настоятельной просьбе своего домашнего врача, который в течение длительного времени имел возможность наблюдать, как безуспешно проваливались все диеты, курсы санаторного лечения. Складывалось такое впечатление, что пациент чувствовал себя на сеансе психотерапии лишним, с интересом разглядывал обстановку приемного кабинета и тщательно старался игнорировать меня. Начало лечения давалось очень трудно. Пациент ничего не говорил, кроме общих

сведений: о своем семейном положении, профессиональной деятельности и замечания о том, что он уже привык к злословию по поводу своей фигуры и поэтому «у него нет больше комплексов».

Когда мы завели разговор о его концепциях, получился вот такой диалог:

Терапевт: «Что особенно ценили Ваши родители? Еду, успехи в школе, совместное семейное времяпрепровождение или у каждого были свои свободы и предпочтения?»

Йоханнес: «На школу они, конечно, обращали внимание, но особенно важным для них была совместная еда. Моя мать отлично готовила. Когда у меня было много дел или я был раздражен, она была особенно нежна ко мне и готовила мне в утешение что-нибудь из моих любимых блюд».

Йоханнес прервал свой рассказ, как будто ему было больно говорить о привычках питаться в его семье.

Терапевт: «Какой девиз был в Вашем доме?»

Йоханнес: «У нас все было очень просто: еда и питье скрепляют душу с телом. Я хорошо помню, как если я не хотел есть, мне приходилось слышать: «Что подано на стол, должно быть съедено»... Если я как-нибудь не мог съесть все, то недоеденное разогревалось мне еще раз вечером. Если я не хотел есть, то мне говорилось: нет ничего другого. Каждый кусок хлеба, от которого я откусил, должен быть съеден мною без остатка. (Йоханнес рассеянно улыбнулся.) А еще мы были грозой трактирщиков. Как мы уплетали! У нас даже была на этот случай пословица: «Лучше лопнуть, чем что-нибудь оставить богатому хозяину». В этом я преуспеваю и сегодня. Когда у нас на работе устраивают застолье, не остается ничего. Я съедаю все. Мои коллеги насмеются: «Лучше живот от еды, чем горб от работы». (Йоханнес довольно улыбается. На его покрасневшем лбу выступили крупные капли пота.)

Позитивное толкование – «Вы хорошо относитесь к себе и своим ощущениям, прежде всего вкусу, эстетике блюд. Вы щедры в отношении питания» – заложило основу в изменении его точки зрения. Таким образом, мы легко смогли перейти к обсуждению укоренившихся привычек в питании.

Этот случай мы описываем также в книге «Позитивная семейная психотерапия» для разъяснения значения концепций.

Ступень 2: инвентаризация

Концепции почтительного отношения к еде тянулись из детства пациента. Мы подошли к переживанию, которое было значимо для Йоханнеса. Когда ему было девять лет, умер его отец. Это было военное время, вскоре наступила послевоенная пора. Пища была скудной и мать Йоханнеса постоянно сетовала: «Что мы теперь будем делать, когда наш кормилец умер? »

Роль отца фокусировалась в его функции добытчика пропитания, и эта концепция отложилась в сознании Йоханнеса. Таким образом, еда приобрела символический характер. Она стала для Йоханнеса символом доверия и безопасности, которые он ассоциировал со своим отцом. Мысль о смерти кормильца и подсознательное заключение о том, что ему самому придется умереть от голода, привела Йоханнеса к необходимости вновь и вновь убеждаться, что еды еще достаточно. Вот почему он съедал столько, сколько мог и с каждым куском приобретал устойчивое чувство безопасности. Действуя так, он поступал в соответствии с семейными традициями уважения к еде. Даже сегодня, как он рассказал нам, его бабушка следила за тем, чтобы он ел достаточно. Когда он возвращался домой утром, отработав ночную смену, он не мог лечь спать не поев. За этим следила его бабушка, которая могла даже разбудить его, обнаружив, что он не поел как следует.

Эти концепции были для Йоханнеса больше, чем просто идеологическим обоснованием. Для него это были принципы, которые в большой степени определяли образ его Я. Он мог идентифицироваться с ними, потому что вырос с ними и потому что они представляли в его сознании внимание, безопасность и даже достижения. Они были центром его системы, в котором сходилась большая часть его мотивов, целей и желаний. А раз эти концепции имели для него основополагающее значение, все попытки похудеть оказывались тщетными. Отношение к телу было для Йоханнеса предпочитаемой и чрезвычайно дифференцированной сферой переработки конфликтов. Он был кулинаром, гурманом, эпикурейцем и обжорой. Большое внимание, уделяемое собственному телу, сопровождалось дефицитом в сфере контактов. Кроме матери, бабушки и немногих коллег по работе, Йоханнес не мог назвать кого-либо, с кем у него были бы дружеские отношения. У него было убедительное обоснование: «Если я столько вкалываю каждую неделю, откуда у меня время для друзей и компании? » И хитро, как запоздавшую мысль, добавил: «Что мне делать с гостями в доме? Во-первых, они требуют затрат, а во-вторых, от застолий, я толстею». Действительно, Йоханнес, был образцом трудолюбия и бережливости. Он часто соглашался работать сверхурочно, а также старался выходить в лучше оплачиваемые смены. Его очевидное трудолюбие коренилось в его бережливости.

Тем не менее, эта потребность тоже была связана с уже известной концепцией: ему нужны были большие заработки, чтобы быть уверенным, что у него всегда будет достаточно еды. В связи с этим Йоханнес вспоминал истории о военнопленных, которые даже годы спустя, после освобождения не могли заснуть, не имея куска хлеба под подушкой. Они просто не могли справиться со своей памятью о голоде, пережитом ими много лет назад.

Ступень 3: ситуативная поддержка

До сих пор акцент был сделан на стадии наблюдения и инвентаризации. Йоханнес получил в связи с этим доступ к его проблематике.

Насколько живо Йоханнес рассказывал о своей еде и излишествах, настолько мало, казалось, волновали его контакты с другими людьми. Сильное впечатление на него произвело замечание, что контакты являются частью природы человека, и что ему присуща потребность общаться в той же степени, в какой потребность есть. Но и это не подтолкнуло его к разговору на данную тему. Его односторонность напомнила мне историю о разделенных обязанностях. Она не посвящена ни чувству вины, ни идеализации, ни негативным качествам и односторонности. Единственное, что эта притча может сказать пациенту: чтобы судить о чем-то, нужно увидеть это целиком!

Я рассказал эту историю Йоханнесу. Он использовал ее, как повод для рассказа о том, как ему хотелось бы иметь подругу, но из-за его внешнего вида у него пока не было серьезной или длительной связи. И тут его бережливость вновь помогла ему превратить нужду в добродетель: «Жена обошлась бы мне в копеечку!» Но в отличие от того, как он говорил раньше, Йоханнес сказал это с ироническим блеском в глазах и явно не так уж серьезно относясь к сказанному. В качестве контр-концепции я рассказал ему о значимости контактов на Востоке, о том, насколько широки могут быть семейные связи, как контакты помогают человеку укрепить свое чувство безопасности и самоуважения. Двигаясь в направлении дифференциации, Йоханнес смог увидеть, что его бережливость и питание выполняли функцию замещения: вначале его отношений с покойным отцом, затем социальных контактов с другими людьми.

Ступень 4: вербализация

На этой стадии Йоханнес смог сначала неуверенно и осторожно, затем с любопытством и, наконец, энергично и настойчиво испробовать предложение изменить точку зрения. Параллельно с этим прорабатывалась его основная концепция - бережливость (ср. ч.II, гл.25, *актуальная способность «Бережливость»*).

Ступень 5: расширение системы целей

Ступень 5 была уже заложена, и Йоханнес уже не нуждался при этом в помощи. После того, как он сознательно изменил свое поведение в отношении своей концепции усердия и бережливости и получил об этом положительную обратную связь от своего окружения, ему стало нетрудно приглашать других людей. При этом у него наладились стабильные отношения с одной женщиной.

Собственно психотерапевтическое лечение проходило в 15 сеансов. Во время последних семи встреч пациент начал придерживаться дома диеты, которая на этот раз возымела успех. Спустя полгода после лечения, Йоханнес снова побывал у меня. Он выглядел свежо и жизнерадостно, излучал тот же покой и невозмутимость, что

и прежде, однако все же был неузнаваем. Он похудел на 60 фунтов, занимался теперь спортом и планировал большое путешествие, которое хотел связать со своими спортивными увлечениями. Его артериальное давление нормализовалось, а диабет уже не нуждался в лечении. Похудание так разгрузило его жировой обмен, что выработка инсулина поджелудочной железой снова выросла.

Все это стало возможным, благодаря не только проявлению силы воли, но и в связи с изменением его жизненных принципов и расширением его концепций.

Приложение: опросник к ожирению

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазия/ будущее

1. Есть ли у Вас впечатление, что Вы часто «едите себя за что-то» или «путь к сердцу ведет через желудок»? Собираете ли Вы «забот полный рот» или считаете, что «все, что попало на стол, должно быть съедено»? Приходят ли Вам на память другие пословицы и крылатые фразы по поводу Вашего заболевания?
2. Что значит для Вас тот факт:
 - что каждый человек обладает своим собственным «равновесием», к которому он возвращается, несмотря на любые диеты?
 - что постоянная «диета» может стать даже причиной последующей избыточной полноты, так как при нормальном питании жировые клетки не только заполняются, но еще и размножаются?
 - что проблемы с массой тела нельзя решить только диетами, не заботясь одновременно о других причинах?
3. Регулярно ли принимаете Вы предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
4. Есть ли у Вас профессиональные проблемы, которые Вы компенсируете едой? Каких актуальных способностей они касаются?
5. Что должен был бы делать партнер, чтобы Вы похудели?
6. Скрепляет ли «еда душу и тело» для Вас или Вашего партнера?
7. Возникает ли во время еды «стихание» потребностей и «отодвигание» чувства недовольствия, как это бывает у маленьких детей?

8. Едите ли Вы на людях так же как и другие, так как Вам стыдно просить то, что Вы больше любите (учтивость)?
9. Что бы Вы стали делать, если бы у нас разразился голод?
10. Надеетесь ли Вы, что проблема голода в мире в обозримом будущем будет решена? Что Вы можете сделать для этого?
11. Можете ли Вы при помощи части тех денег, что Вы тратите на еду удовлетворить другие свои потребности или потребности других людей (например, образование, устройство жилья, досуг, путешествия, прием гостей, пожертвования)?

3. СПИДофобия

***Способность пересмотреть общественные нормы;
способность надеяться на помощь***

Определение

СПИД — это сокращение от «синдрома приобретенного иммунодефицита», иными словами, приобретенная иммунная недостаточность. Заболевание иммунной системы, вызывается ВИЧ (вирус иммунодефицита человека), который при инфекции обнаруживается в жидкостях организма и выделениях.

Симптоматика

При СПИДофобии речь идет о страхе инфицирования вирусом СПИДа на фоне возникновения одного или нескольких симптомов (лихорадка, увеличение лимфоузлов, кожные высыпания, поносы, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, снижение массы тела и др.), которые могут в действительности наблюдаться через несколько недель или месяцев после заражения ВИЧ, когда вирус не выявляется.

Транскультурный аспект и эпидемиология

По приблизительным подсчетам на одного больного СПИДом приходится около 100 инфицированных ВИЧ людей. В Германии число инфицированных составляло около 100 000 человек. Всемирная организация здравоохранения предполагает 5 — 10 млн инфицированных ВИЧ в мире. К 2000 г., если распространение вируса будет идти так же как сейчас, это число вырастет до 100 млн. Уже эти цифры, могут привести к росту СПИДофобий.

Исходя из данных, которыми располагает наука сегодня, минимум 70% инфицированных ВИЧ заболевают СПИДом.

Если рассматривать ситуацию по странам в отдельности, в 1988 г. наибольшее число случаев заболевания СПИДом было в США (37 019), затем в Бразилии (1695) и Франции (1632). В ФРГ было 1089 случаев СПИДа, в Японии только 43 (ВОЗ, 1988). В Японии же число заболевших СПИДом возросло к концу апреля 1990 г. уже до 120 (Medical Tribune, 1990).

Между инфицированием и проявлением клинических симптомов могут пройти годы. В то время как у 20 — 45% ВИЧ-носителей клиническая картина иммунной недостаточности разворачивается в течение 5 лет после инфицирования, другая часть инфицированных, спустя многие годы, пребывает в добром здравии.

Обзор литературы

По мнению профсоюза немецких психологов (Rotkopf, 1989) для больного СПИДом характерно недостаточное самопринятие и чувство вины. Vogel и Legler (1989) указывают на высокое значение психологических факторов, «которые могут еще более усилить, обусловленную болезнью, опасность. Они приводят к изоляции как раз в тот момент, когда так необходимы человеческое внимание и тепло. Последствия этого — сильнейшие страхи, депрессии, вплоть до стремления к суициду, при определенных обстоятельствах, однако, возможно полное отрицание». В рамках общей незащищенности перед СПИДом могут возникать неоправданные страхи у здоровых людей, СПИДофобия. Уже в 1988 г. Holub и Holub (1988) усомнились в тезисе вируса СПИДа.

Пословицы и народная мудрость

Месть природы; бич божий; эпидемия удовольствий; сидеть на бомбе с часовым механизмом; не давай СПИДу никаких шансов; «Судьба смешала все карты, а мы играем» (Шопенгауэр); неумеренность делает бедным, ленивым и больным; не все больные, кто кричит о боли и ахает; «Несомненно важнее то, как человек принимает свою судьбу, чем то, какова его судьба» (В.Гумбольдт).

Притча: «Спасительная темнота»

Бедуин сидел вечером при свете свечи в своем шатре. Он с аппетитом взял финик, открыл его, увидел косточку — и с отвращением отбросил его. Тогда он вскрыл второй финик и снова увидел косточку. После того, как и в третьем финике он увидел косточку, бедуин задул свечу и с наслаждением начал есть финики в темноте (Peseschkian, 1988, S.49).

Аспекты самопомощи: развитие СПИДофобии с точки зрения позитивной психотерапии

У ВИЧ-позитивных больных, как и у страдающих СПИДофобией, существует ощущение, что они будто сидят «на бомбе с часовым механизмом», им свойственны беспомощность, страх, паника и депрессия.

Согласно психологическим исследованиям, многие ВИЧ-инфицированные и пациенты со СПИДофобией уже в детстве и юношестве не умели говорить в родительском доме о своих ощущениях: страхах, сомнениях, а также об удовольствиях. У многих из этих больных центр тяжести идентификации находится в сфере тело/ ощущения.

Что касается отношений родителей друг к другу, то часто ребенку не хватало позитивного примера, с которым он мог бы идентифицироваться, которому мог

бы подражать. Верность в партнерских отношениях встречалась крайне редко. Социальные контакты с другими людьми, также часто были очень непрочными. Близких контактов избегали.

Поведение и установки определялись концепциями типа: «Что подумают люди?», «То, чего я не знаю, меня не волнует!», «Я хочу получить свой заслуженный покой!», «Что мне до других?» Отношение к религии и церкви было поверхностным (если вообще имелось). На наш взгляд, позитивные переживания и поведение, так же как и при других заболеваниях, при СПИДе и СПИДофобии могут повысить защитные силы организма. С медицинских позиций признается негативный аспект: психические факторы типа длительного стресса оказывают иммунодепрессивное действие, т.е. если защитная система человека ослаблена, то он чаще подвергается действию возбудителей заболеваний. Эффективную профилактику СПИДа, предлагает Gosch (1990).

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при СПИДофобии

Описание случая: «Я долгое время сижу на бомбе с часовым механизмом».

Дрожащий и испуганный, с выражением внутреннего напряжения ко мне на консультацию пришел 36-летний руководитель отдела. Он сразу же начал говорить о своей проблеме, которую никогда ни с кем не обсуждал. За несколько месяцев до нашей встречи господин S., впервые в своей жизни побывал в борделе и вступил в интимную связь с одной проституткой. Несмотря на ВИЧ- отрицательные анализы и давности произошедшего, его не оставляет страх, что он может быть инфицирован СПИДом. Перенесенную грипп - поподобную инфекцию с высокой температурой он принял за проявление сниженной иммунной защиты и следствие своей неверности. Вокруг посещения борделя был также целый ряд и других событий. На службе пациент достаточно длительное время не мог оградить себя от несправедливости своего шефа; одновременно, он должен был, тем не менее, представлять его интересы среди подчиненных; трюизм дома, которое за два года полностью вымотало его и его жену, отодвинуло нежность, сексуальную активность и другие интересы на задний план. Финансовая нестабильность (затраты в связи со строительством) была еще одним угрожающим фактором, особенно на фоне его служебных проблем. Все эти трудности пациент пытался компенсировать уходом от профессиональных и семейных перипетий. Речь идет о СПИДофобии с нарастанием реакции горя, на базе депрессивной структуры невроза. Центральную роль сыграли актуальные способности: верность, контакты, бережливость и деятельность. Видимо, в предыдущих попытках лечения, не обращали внимания на эти взаимосвязи и ограничились лишь отдельными соматическими симптомами.

Это привело к хронизации симптоматики. Пациент, который производил впечатление человека с постоянно подавленным настроением, и в то же время достигшего предельного напряжения, рассказал:

У меня всегда был страх, а я не знал перед чем. Это чувство возникает совершенно неожиданно, и я впадаю в депрессию. Я боюсь будущего, боюсь жизни. Мне кажется, счастье — это не для меня! Для самоубийства мне не хватает смелости. Может быть, это страх перед смертью. «Одурачиваемый надеждой, человек танцует в руки смерти», — сказал Шопенгауэр, и я полностью согласен с ним.

В противоположность притче «Спасительная темнота» страх заболеть СПИДом бросил яркий свет на профессиональные и семейные проблемы. Мое замечание о том, что сигналы его расстройств могли бы заставить его пересмотреть нормы «общества», и вместе с тем надеяться на помощь, подготовило его к рассмотрению своей фобии в более широких взаимосвязях (четыре сферы переработки конфликтов). В процессе пятиступенчатой терапии пациент научился, привлекая свое внимание к конфликтным сферам: деятельность/ профессия и контакты /партнерство, находить более широкий подход к реальности. После рассмотрения актуальной ситуации он сумел найти доступ к сопутствующему базовому конфликту (отношения мать — сын), при проработке которого мы ориентируемся на измерение способности к любви (Peseschkian, 1980, S.106-117). Так как эта эдипова конфликтная ситуация основывалась на актуальных способностях *Справедливость* (см. ч. II, гл. 1), *Единство* (см. ч. II, гл. 39) и *Любовь*, мы рассматривали способность любить и конкретно вести себя так, чтобы быть любимым.

Актуальная способность «Любовь»

Определение и развитие: способность к позитивным эмоциональным отношениям, которая может быть направлена на ряд объектов в различной степени выраженности. Любовь не определяет единого поведения: человек обладает способностью любить другого и способностью вести себя так, чтобы быть любимым. Общая рекомендация «больше любите ребенка» помогает очень мало, если при этом отсутствует указание в какой сфере есть недостаток любви, какой вид эмоциональных отношений особо ценен. Важнейшие формы проявления любви в воспитании — это пример, терпение и время.

Как спрашивают о любви? Принимаете ли Вы себя (свое собственное тело)? Кто из Вас более склонен к принятию партнера? Хотели бы Вы только сами обладать Вашим партнером? Чувствуете ли Вы себя тревожно или стесненно в коллективе? Что движет Вами, когда Вы делаете добро другому? Были ли Вы любимы родителями в детстве и юношестве? Щедро или скупно проявлялись в Вашем доме ласки, нежность или любовь?

Синонимы и расстройства: находить себя, зависеть от кого-либо, симпатизировать кому-либо, нравиться, хорошо относиться, обожать. — Страх перед любовью или страх лишиться любви, неуверенность, недоверие, ревность, чрезмерные ожидания, завышенные требования, капризы, сексуальные расстройства, узкий круг общения, эмоциональная тупость.

Особенности поведения: если Вы любите партнера, ведете ли Вы себя так, чтобы быть любимым? Если Вы себя ведете так, чтобы быть любимым, можете ли Вы дарить любовь и нежность? Какие актуальные способности, являются для Вас критерием принятия и любви партнера?

Проведенная терапия способствовала установлению адекватной реакции на горе и обусловила постепенное избавление от нарушений. Пациент теперь был в состоянии бороться со своим страхом перед смертью и заняться вопросами мировоззрения и жизненной философии. Лечение было закончено после 15 сеансов.

Приложение: опросник к СПИДофобии

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазия / будущее

1. Считаете ли Вы, что СПИД — это «бич божий» или «наказание» за моральный проступок, которое Вы заслужили? Какие еще образные выражения Вы можете вспомнить на этот счет?
2. Есть ли у Вас впечатление, что Вы сидите на бомбе с часовым механизмом?
3. Существуют ли симптомы, которые Вы сразу относите к СПИДу?
4. Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
5. Получаете ли Вы радость от своей профессии или в большей степени относитесь к ней как обременяющей обязанности?
6. Какие так называемые мелочи (актуальные способности типа *пунктуальности, аккуратности, чистоплотности, бережливости, обязательности, справедливости* как микротравмы) усложняют Ваши профессиональные контакты? Можете ли Вы что-нибудь сделать, чтобы уменьшить эти микротравмирующие переживания?

7. С кем Вы можете открыто говорить о Вашей предполагаемой инфекции?
8. Можете ли Вы открыто выражать свои чувства?
9. Часто ли Вы меняете друзей/ партнеров? Что Вы ищете в меняющихся отношениях? Избегаете ли Вы более тесных, стабильных отношений?
10. Уклоняетесь ли Вы теперь от общения?
11. Известны ли Вам «стрессоры» в личной, партнерской сфере, которые ослабляют Вашу иммунную систему? О каких «мелочах» (микротравмах) идет речь? Можете ли Вы поработать над тем, чтобы снять это напряжение?
12. Думаете ли Вы о том, что может проявиться само заболевание?
13. Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
14. Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

4. Страх и депрессия

Страх: способность избегать ситуации и объекты, воспринимаемые как опасные, затрата энергии без постановки цели

Депрессия: способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты.

Определение

Страхом называется, по Pschyrembel (1989), эмоциональное состояние с центральным мотивом защиты от опасности и стереотипными сопутствующими проявлениями со стороны организма. Применяемое нами сегодня слово «страх» (нем. Angst) происходит от латинского angustia — теснота, сужение, притеснение. В свою очередь слово angustia образовалось от латинского ango, что означает сдавливать или сжимать, и от греческого слова давить, душить, пугать. История этого слова подразумевает, таким образом, страх как связанное с переживанием опасности и угрозы телесное ощущение. Следует различать страх и боязнь (в немецком языке это два разных слова: Angst и Furcht). Страх означает неопределенную, беспредметную, анонимную, немотивированную эмоцию. Боязнь — это определенное, направленное на угрожающий предмет или, связанное с ситуацией, ощущение.

Панические атаки см. DSM-III-R (1989), S.201. Диагностический критерий, Major Depression см. DSM-III-R (1989), S.187 (см. также симптоматику).

Симптоматика

Страх и боязнь

Если кто-то отдает себе отчет в том, что для него существует угрожающий объект или угрожающая ситуация, то в таком случае лучше говорить о боязни, а не о страхе.

- Все больше людей страдают от постоянно растущего числа фобий — тех состояний страха, которые тесно связаны с живыми существами или предметами, местами или временами. Реалисты или мечтатели, чувствительные или выносливые, испытывают страх перед замкнутыми пространствами (клаустрофобия), переходом через пустую площадь (агорафобия) или своим состоянием здоровья (ипохондрия). Они боятся рака (карцинофобия), боятся быть погребенными заживо (тафофобия) или боятся ядовитых пресмыкающихся (змеефобия).

- Новейшие медицинские исследования насчитывают уже свыше 200 фобий, в том числе такие новомодные, как страх перед экзаменом, одиночеством или прорывом влечений.
- Поскольку страх является не только индивидуальным феноменом, а действует также заразительно, он может влиять не только на личную жизнь, но и на политическую и даже определять их. Страх в любые времена мог овладевать большими группами людей и в таком случае становился определяющим для социального и экономического, политического и военного образа действий. Страх порождает террор, а этот террор вызывает новый страх — так целые народы повергались в такой страх, в результате которого в дальнейшем разгорались чудовищные войны.

Депрессия

- Реактивной депрессией или депрессивной реакцией называют состояние, связанное с внешними причинами, утратами, обидами или тяжелыми жизненными обстоятельствами (например, смерть близких, профессиональные неудачи, войны, национальные катастрофы).
- Под депрессивным развитием мы понимаем последствия целого ряда ударов судьбы и микротравм, которые вместе влияют по принципу «капля камень точит» (необычная жестокость судьбы, например, при вынужденном браке родителей, алкоголизме отца, ожесточенной и бесчувственной матери, лишенной любви и тепла атмосфере в доме, при неудачах в школе, внебрачной беременности, расстроенных профессиональных планах, потере хороших друзей). К страху, агрессии и депрессиям могут приводить также многие актуальные способности (психосоциальные нормы), из-за которых возникают многолетние микротравмирующие проблемы (проблемы с партнером на почве аккуратности, пунктуальности, справедливости, бережливости и т.д.).

О невротической депрессии мы говорим в том случае, когда кто-то сознательно или бессознательно сам провоцирует постоянно повторяющиеся конфликты, несмотря на то, что уже научен горьким опытом (выбор состоящего в браке партнера, выбор профессии и выбор сотрудников, вечные искатели и т.д.). Актуальные способности играют здесь решающую роль, если кто-то, например, знает или думает, что партнер особенно ценит аккуратность, пунктуальность, бережливость и т.д., однако определенным поведением специально провоцирует на конфликты из-за этих качеств. По принципу: «Не рой другому яму — сам в нее попадешь» страдающий не замечает, что он своими провоцирующими действиями вовлекает в конфликт не только партнера, но и себя самого. При преобладании концепции учтивости, мы

обычно говорим о скрытодепрессивной форме, при преобладании открытости — об ажитированно-депрессивной форме.

- При маскированной депрессии пациент не в состоянии выразить депрессивный аффект или депрессивное мышление. Расстройства концентрируются в телесных симптомах, например, жалобах со стороны сердца, головы, плечевого пояса, болях в спине, проблемах пищеварения, нарушениях сна и аппетита, гинекологических нарушениях и расстройствах в сексуальной сфере. За этими жалобами стоят профессиональные и партнерские проблемы: тревога о будущем, которые часто вырастают из микротравмирующих актуальных способностей.
- При эндогенной депрессии снижена реактивность на факторы и события окружающего мира. Большую роль играют внутренние переживания. Такой человек ощущает круг проблем и микротравматических ситуаций как неизбежные удары судьбы при сильном чувстве вины. Любое начинание воспринимается как нагрузка («Приглашать гостей — один беспорядок, да еще столько приготовлений и затрат!»); позитивные аспекты (гости могут и обогатить; они могут дать повод, чтобы навести порядок и т.д.) не учитываются. В то время как больной избегает ситуаций, вызывающих у него напряжение, у него возникают чувства вины, безнадежности; желание смерти, одиночества; пустота, подавленность и ненависть к самому себе — он попадает в замкнутый круг. Во всем этом задействованы как биологические, так и психологические и метафизические факторы.
- Симптоматическая депрессия обусловлена соматическими заболеваниями (подверженность инфекциям, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, колебания артериального давления, ревматические болезни, аллергии, патологические влечения и т.д.) и зависит от того, как больной научился обращаться со своей болезнью.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Страх

Восточные философы различали три вида страха, которые они называли первичными страхами: это страх перед прошлым, настоящим и будущим (Peseschkian, 1983, S.129f).

В современной психотерапии, мы снова встречаемся с этими тремя названными формами первичного страха. Страх перед прошлым и настоящим, определяется как исторически пережитый (витальный страх, реальный страх, страх угрызений совести); им противопоставляется страх перед будущим в качестве экзистенциального страха.

Депрессия

- По моим наблюдениям среднеевропейцы и североамериканцы более подвержены депрессиям, так как у них узкий круг общения, они изолированы и страдают от недостатка эмоционального тепла.
- На Востоке депрессии развиваются чаще потому, что люди чувствуют себя перегруженными, вследствие неизбежных тесных социальных связей и переплетений.
- Проявления депрессии, по всей видимости, почти во всех культурных кругах одинаковы, однако содержание депрессий во многих отношениях различается. В европейской культуре, на первый план выходит тревога, связанная, прежде всего, с внешним видом, привлекательностью, сексуальной потенцией, а также и с социальной изоляцией, аккуратностью, опрятностью и, в известной мере, с бережливостью. «Ответственность, которую я взял на себя при строительстве нашего дома, так тяготит меня, что мне иногда кажется, что мне уже не продохнуть. Когда я думаю о будущем, мне страшно. У меня часто бывает такое чувство, что все бессмысленно».
- В культурных кругах Востока тревога чаще возникает в связи с возможностью забеременеть, а также по поводу социального статуса и отношения к будущему. Аналогично наблюдение, что в европейских странах акцентировано отношение к Я и Ты, а на Востоке — к Мы, социальные контакты в восточных странах приобретают большое значение как возможные источники конфликтов.

Обзор литературы

«Тревога сама по себе еще не является чем-то болезненным. Она становится психопатологическим феноменом, только когда ставит под вопрос жизнь» (Battegay, 1981a). По мнению Markgraf (1989), фрейдовское описание тревожных состояний, оказывается «примечательно неизменным» и в свете новейших исследований. Поведенческие терапевты развили методы систематической десенсибилизации в воображении или *in vivo* (в реальной вызывающей страх, тревогу ситуации) и технику возбуждения. По Grafen & Schmidt-Jansten (1988) 14 % граждан Германии, хотя бы один раз в своей жизни жаловались на настоящую фобию.

По Battegay (1981b) депрессанты имеют тенденцию, «как при конституционально обусловленных, так и экзогенных депрессиях, так же как при патологических влечениях..., к ненасытному поглощению объектов» (ср. Freud, 1916). Benedetti (1984) различает психореактивные, невротические и экзогенные депрессии. Невротические депрессии имеют различную психодинамическую структуру (Benedetti, 1983), в зависимости от того, идет ли речь о Я -, Оно -, сверх-Я или Я-идеал-депрессии. Этим четырем «метапсихологическим типам» Benedetti под-

чиняет четыре соответствующих «феноменологических диагноза» депрессии: изоляционные, симбиотические, связанные с детством депрессии покинутости и разлуки, и нарциссические.

С психоаналитической точки зрения (Bibring, 1953) в переживаниях депрессанта на первый план выходит момент недостаточности, беспомощности, субъективной неспособности; в поведенческой терапии, эти моменты со времен Seligman (1975) определялись как основа депрессии.

Пословицы и народная мудрость

Страх: для обозначения страха существует богатый запас слов: собственно страх, ужас, дрожь, гнет, боязнь, угрызения совести, леденящий ужас, отвращение, жуть, паника, сердце колотится; чувство вины, тревога, беспокойство, ощущение потерянности и отчаяния со страхом и трепетом.

Депрессия: возложить на себя вретище и посыпать главу пеплом (т.е. предаться скорби — библ.); не быть в друзьях у грусти; рыцарь печального образа; одиночество — скорбь всей земли; скорбящие всюду могут породниться, мир тосклив до отчаяния; печально, но факт.

Притча: «Мудрость Хакима»

Один султан плыл со своим самым любимым слугой на корабле. Слуга, никогда еще не пускавшийся в плавание по морю и тем более — дитя гор, никогда не видевший морских просторов, сидя в пустом трюме корабля: вопил, жаловался, дрожал и плакал. Все были добры к нему и старались успокоить его, однако слова сочувствия достигали только его ушей, но не сердца, измученного страхом. Властелин едва переносил крики своего слуги, и путешествие по синему морю, под голубым небом, не доставляло ему больше никакого удовольствия. Тогда предстал перед ним мудрый Хаким — его придворный лекарь — и промолвил: «О, властелин, если ты дозволишь, я смогу успокоить его». Султан сразу же согласился. И тогда, лекарь приказал матросам бросить слугу в море. Они охотно выполнили приказание, так как рады были избавиться от этого несносного крикуна. Слуга болтал ногами, задыхаясь, ловил ртом воздух, цеплялся за борт и умолял взять его на корабль. Его вытащили из воды за волосы, и он тихо уселся в углу. Ни одной жалобы больше не сорвалось с его уст. Султан был изумлен и спросил лекаря: «Какая мудрость скрывалась за этим поступком?» Тот ответил: «Твой слуга еще никогда не пробовал вкуса морской соли. Он не представлял, какой опасностью может грозить вода. А потому и не мог знать, какое счастье чувствовать твердые доски корабельной палубы под ногами. Цену спокойствия и самообладания познаешь только тогда, когда хоть раз посмотрел опасности прямо в глаза.

Ты, повелитель, всегда сыт и не знаешь, какой вкус у простого крестьянского хлеба. Девушка, которую ты, к примеру, считаешь некрасивой, моя возлюбленная. Есть разница между тем, у кого есть возлюбленная и тем, кто лишь страстно ожидает ее появления».

Аспекты самопомощи: развитие тревоги и депрессии с точки зрения позитивной психотерапии

Мы можем сказать так: поскольку жизнь может порождать страх, постольку страх подтверждает жизнь. Не тот здоров, у кого никогда не бывает страха и депрессии, а тот, кто в состоянии преодолеть их.

а) Жалобы и физиология

Стресс — это острое состояние напряжения организма, в котором последний стремится мобилизовать свои защитные силы, чтобы преодолеть угрожающую ситуацию.

Человеческий организм функционирует, по мнению экспертов, лучше всего, когда он подвергается средней нагрузке (эу-стресс). Если нагрузка (стрессоры) выше или ниже, стресс становится дистрессом, который ведет к снижению сил организма. Китайцы говорят о «*Win-chi*». «*Win*» означает «Осторожно: опасность», «*chi*» — возможность изменения. Немцы говорят о «*Entwicklungskrise*» — кризисе развития.

Selye (1974) различает три фазы. Первая фаза, которую он называет сигнальной реакцией, сопровождается функциональными нарушениями, например, иммунная реакция. Мобилизуются также и защитные силы организма. Вторую фазу, он называет стадией приспособления (адаптация) или сопротивления. Гормон кортизол (см. ниже) создает предпосылки для репарации возникших в дистрессе повреждений. В третьей фазе (стадия расслабления) возникает, так называемая, болезнь (синдром) адаптации. Эта фаза чаще достигается при плохой физической конституции и недостаточной воле к сопротивлению. С точки зрения позитивной психологии, любое приспособление организма к новым ситуациям может в этом смысле быть стрессом (рис. 13). Многие даже свидетельствуют в пользу того, что человек в некоторой степени нуждается в стрессе. Стресс не для всех одинаков: для одних это необходимость напряженной деятельности, для других — столкновение с неаккуратностью, невежливостью или чрезмерной пунктуальностью.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения

Каждый из нас, хоть однажды испытал на себе чувство подавленности, глубокой тоски, безнадежности и ощущение бессмысленности.

Обычно для такого настроения находится повод: человек не уверен в себе, потому что не смог достичь того, что ожидал сам или другие. Человек потерял очень значимого партнера, из-за неудач ставит свое будущее под сомнение или чувствует себя в изоляции и отключенным от своего привычного социального круга. Поскольку человек со своими желаниями замыкается в себе и выражает их только в скрытой форме, он «безнадёжно несчастен».

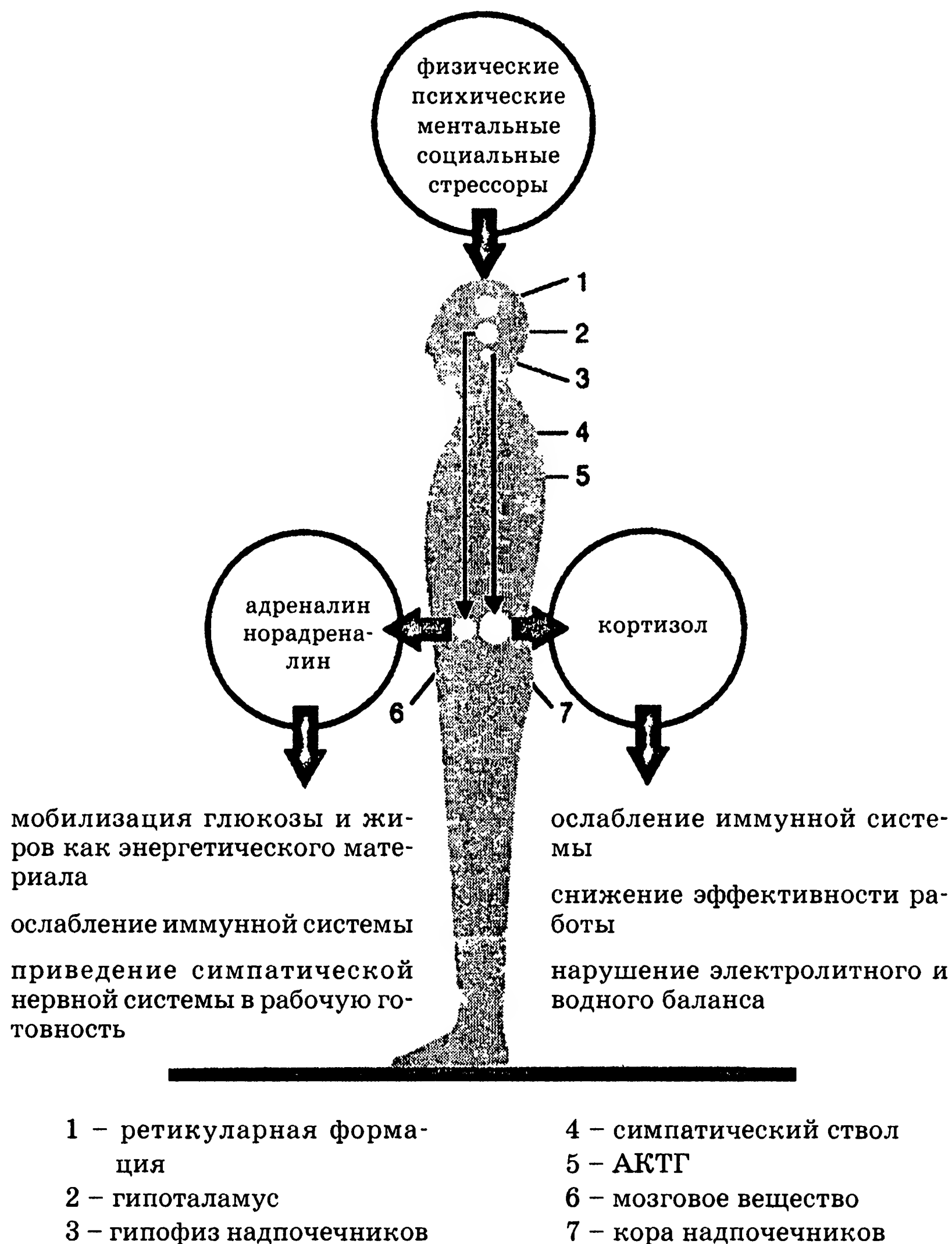


Рис. 13. Схема стрессовой реакции

Глядя на многих пациентов, иногда думаешь, что их депрессия очень далека от своей причины или этой причины вообще никогда и не было. Высказывание, что для такой депрессии не было соответствующего повода подразумевает, строго говоря, только весьма серьезные, провоцирующие депрессию события, такие как смерть близкого человека.

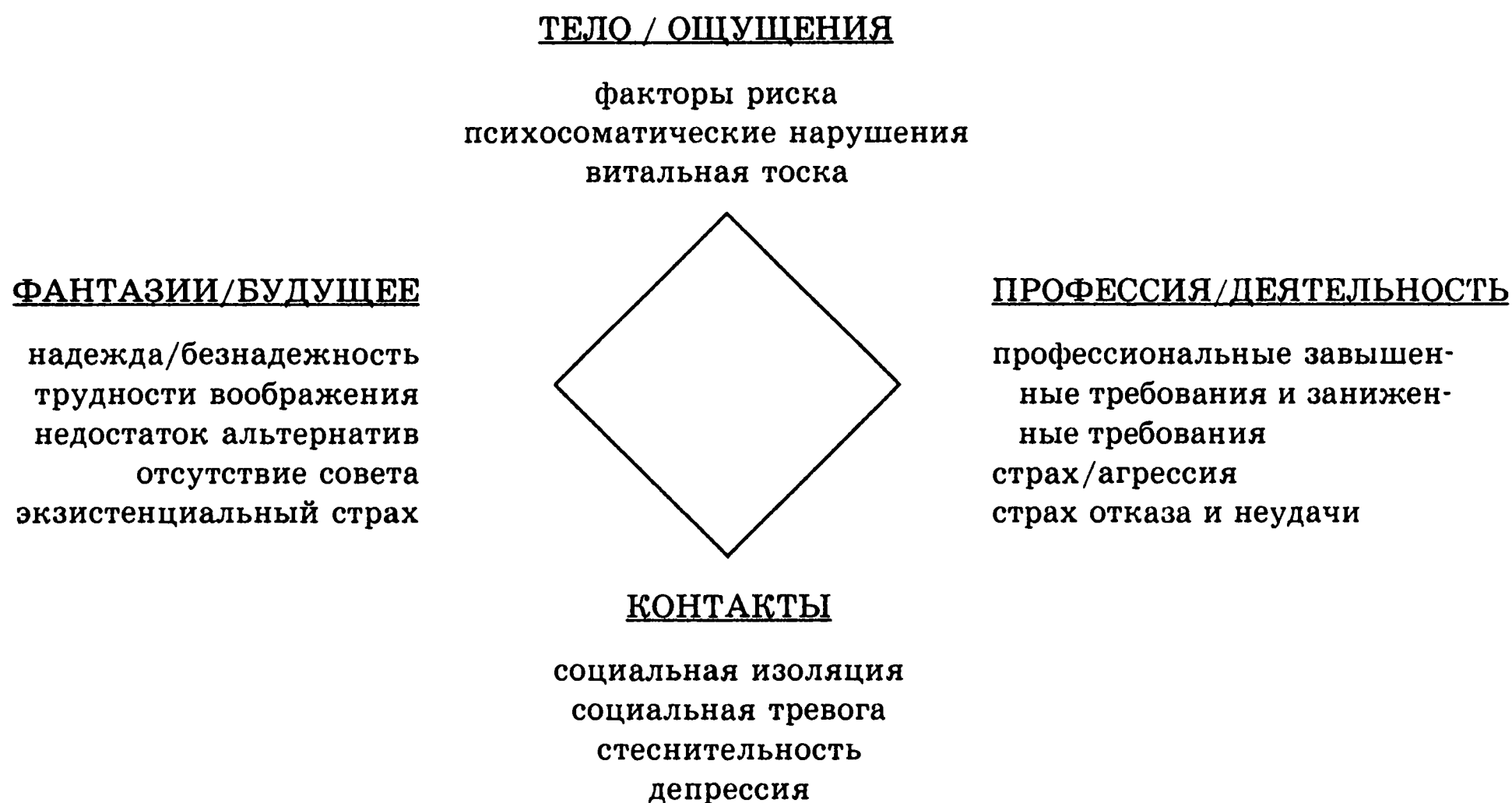


Рис. 14. Четыре базовые формы тревоги и депрессий (схема)

В качестве психического фона заболевания, в таких случаях могут обнаруживаться перенесенные многие годы назад обиды или оскорбления, которые в качестве микротравм подготовили почву для будущей депрессии.

Содержание этих микротравм — актуальные способности, к которым человек стал восприимчив в периоды своего детства и дальнейшего развития.

В соответствии с четырьмя формами переработки конфликтов, мы различаем четыре основные формы страхов и депрессий (рис. 14), которые могут заключаться в четырех механизмах «бегства» (в болезнь, в работу, в одиночество и в фантазии — см. ч.1,. гл. 3, рис. 6).

Экзистенциальный страх и безнадежность

Мы все по-разному умеем преодолевать проблемы и конфликты. Это зависит от того, как мы видим проблему, истолковываем и оцениваем ее. Это, в свою очередь, зависит от концепций, мировоззрения, жизненной философии, этики, морали и в широком смысле от тех религиозных ценностей, которые мы познали. Если,

например, у меня умирает мать, то моя реакция зависит от того, как я отношусь к смерти и умиранию, как я научился переживать это: воспринимаю ли я, например, смерть как продолжающееся развитие или как уничтожение. Если я в этой смерти не вижу никакого смысла, я потеряю мужество и надежду. Недостаточные альтернативы ведут к недостаточным перспективам. На основе этого может возникнуть экзистенциальный страх.

Социальный страх и депрессия

В зависимости от того, научился ли я при наличии проблемы советоваться с другими людьми или считаю, что с моими проблемами я должен справиться сам; в зависимости от того, принято ли определенную тему обсуждать открыто в моей среде и моей культуре или же она табуизирована, я нахожусь в социально стабильном положении или в изоляции. Так, после смерти моей матери я могу, благодаря поддержке моих родственников, друзей и знакомых, ощутить защищенность («разделенное горе — полгоря»), или я прошу «воздержаться от сочувственных визитов», потому что по принципу «каждый должен сам испытать свою судьбу» я пытаюсь один нести свое горе.

С другой стороны, я могу с головой уйти в общение и там получать эмоциональную поддержку, если же в таком случае никого рядом не окажется, я лишусь почвы под ногами и потеряю смысл своей жизни.

Страх неудачи и стресс

В зависимости от того, каковы мои перспективы (ср.: «экзистенциальный страх») и мои социальные предпочтения (ср.: «социальный страх»), я в большей или меньшей степени способен осмысленно использовать функции своего разума, которые определяют решение моих проблем и вместе с тем служат реалистичной проверкой его. Для актуальной способности трудолюбие/ достижение, и таким образом, для моей профессиональной деятельности, мышление и разум — это главные функции, поскольку только они и именно они позволяют оптимизировать мою деятельность. Это влияет на то, насколько я доволен своей работой, выберу ли я «бегство» в работу или «бегство» от ее требований. То, как я переживаю смерть моей матери, зависит также и от того, как я идентифицируюсь с моей профессией, вижу ли я смысл в ней или нет.

Витальный страх и факторы риска

Переработка экзистенциального страха, социального страха и страха неудачи зависит, с одной стороны, от моей физической конституции, а с другой — от моего ощущения Я — тело, от того, как я воспринимаю свое тело и как я с ним обращаюсь (эстетика, спорт/движение, питание, ритмы сна и бодрствования, сексуальность, телесный контакт, поведение при болезни).

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

При любых депрессивных реакциях, возникает выраженная потребность в привязанности, часто в той форме, как об этом мечталось в детстве. В этой связи, разрешающим фактором могут стать проблемы отделения, расставания, которые ставят под вопрос зависимость и защищенность. В целом видится только обратная сторона всего. Рассмотрение действительности происходит только лишь с точки зрения пессимистической концепции: наполовину полная бутылка видится полупустой.

Напряжение, которое возникает например, в связи с проблемой пунктуальности, переходит в конечном счете в тяжелую депрессию, связанную с нарастающими страхами. В этом смысле оправдан поиск немногих, вызывающих напряжение моментов, которые частично порождены социальным окружением пациента, а также сужение способности к напряжению сначала в специальной области (например, пунктуальности), а затем и во всех сферах. Таким образом, депрессия предстает перед нами, как чувство подавленности, безысходности и желания избежать всех трудностей при помощи самоуничтожения. Довольно часто эти депрессии манифестируют соматическими проявлениями, которые становятся психосоматическим выражением душевной конфликтной ситуации. Это описание относится только к одной части картины депрессии.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

В русле позитивной психологии мы должны расширить наше описание.

Депрессия — это способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликтные ситуации и напряжение. Конфликт переносится внутрь вместо того, чтобы быть выведенным наружу. Депрессивный больной обладает, часто пугающей его окружение, способностью игнорировать смысл, и тем самым, открыто, и вместе с тем, незащищенно, выступать навстречу экзистенциальному страху нашей жизни. На первом плане стоит конфликт между учтивостью, как скрытой агрессией, вследствие ущемления собственных интересов и недостаточной прямо-той, как признаком слабой способности к противостоянию.

Депрессивный больной похож на паровой котел, запасные клапаны которого закрыты. Кажущийся спокойным внешне, он постоянно подвергается опасности свести счеты со своей собственной жизнью, из-за эксплозивных реакций своего существа. Агрессивные побуждения, переживаемые им как непозволительные, он обращает против себя самого.

Вопрос дозирования агрессии, иными словами, вопрос об интеграции учтивости и прямо-ты становится центральным в терапии депрессии.

Отсюда следуют терапевтические аспекты психотерапии малыми шагами для пациента и его окружения.

- Для пациента: более реальное отношение к Я -, больше самостоятельности и открытости по отношению к партнеру, расширение социальных контактов, развитие новых интересов и мужества для воплощения в жизнь собственных фантазий: «Что бы Вы стали делать, если бы были здоровы и у Вас не было бы депрессий?»
- Для окружающих: терапевтическое отстранение депрессивного больного от его обязанностей является важной составной частью в острой фазе депрессии, однако, также важно, чтобы больной в нужный момент постепенно, «маленькими шажками» учился снова брать на себя ежедневные заботы. Неуверенность депрессивного больного, как правило, порождает множество советов от окружающих его людей. Зачастую, это бывают даже противоположные советы.
- Безусловно, депрессивный больной нуждается в сочувствии и понимании окружающих. Но, если это заходит так далеко, что депрессивная концепция становится привычной и для его близких, то больной уже не сможет получить от них помощи. Так, иногда бывают ситуации, когда не терапевт, а пациент уверяет его в правильности своих убеждений. Войти в положение другого человека вовсе не означает безусловно перенять его концепции.
- В острой стадии сильных страхов и депрессии, в которой человек почти физически страдает от своей болезни, неоспоримую помощь могут оказать лекарственные препараты. Поскольку ситуации депрессий бывают очень различными, то и медикаментозное лечение должно производиться очень дифференцированно. Препаратами выбора являются антидепрессанты, которые могут применяться в сочетании с анксиолитическими средствами. К сожалению, часто вместо специального антидепрессивного лечения применяются только успокоительные, снотворные препараты или антидепрессанты, не обладающие седативным эффектом, повышающие двигательную активность до изменения настроения. В последнем случае становится возможным самоубийство и больной, спокойный и собранный внешне, вдруг неожиданно предпринимает суицидальную попытку. Медикаментозное лечение является поддерживающим для психотерапии и выработки стратегии самопомощи.
- Депрессивный больной не просто прервал свои, приносящие удовлетворение отношения с окружающими, но и стремится, кроме этого, поддерживать такое поведение, и в соответствии с этим, воспринимает все происходящее вокруг него как подтверждение бессмысленности, безвыходной несправедливости, безнадежности и виновности.

В эту концепцию депрессивный больной уходит все больше и больше и развивает удивительный талант превратного толкования действительности. Если все

больше увлекаться подобными интерпретациями, то эти меланхолические взгляды все более укрепляются и повторяются. Депрессивная концепция приобретает, таким образом, постоянное подкрепление.

- Чтобы избежать этого, можно предложить депрессивному больному контр-концепции. Пессимистическому - «стакан наполовину пуст», противопоставляется позитивная концепция — «стакан наполовину полон». При этом не следует ни нападать на больного, ни вызывать дополнительное напряжение. Скорее близкий человек высказывает свое видение ситуации и предлагает свою точку зрения, как альтернативу. В противоположность ничемным советам, такие расширенные концепции не содержат принуждения. Расширенный взгляд не оказывает никакого давления и оставляет партнеру время настроиться на иную точку зрения. При помощи такой методики близким будет легче обрести терпение, которое так необходимо в обращении с депрессивным больным.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при страхах и депрессиях

Описание случая: «Все хотят на небо, но никто не хочет умирать»

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Служащий 28 лет (женат с 1979 г., трое детей в возрасте от 1 года до 6,5 лет ; родители живы, есть брат и сестра; католик; жена — домохозяйка), обратился ко мне по рекомендации своего домашнего врача. Он выглядел растерянно и подавленно, когда говорил, то правую руку клал на левую сторону груди, будто хотел схватить сердце. Выдержки из первого интервью:

Мне кажется, мне становится плохо. Я думаю о смерти. Озноб проходит по всему телу, особенно по левой его половине. В области грудины у меня ощущение сдавления, особенно сильно оно слева от грудины. Справа от грудины у меня, также, ощущение сдавления. Давление приходит не изнутри, а снаружи. Иногда мне кажется, что мне не хватает воздуха. Тогда, я медленно делаю вдох через нос и выдох через рот. Только тогда, когда это ощущение нехватки воздуха проходит, мне становится лучше. В последнее время я часто думаю о том, что у меня едва поворачивается шея.

Кроме того, у меня бывают «боли», которые от затылка распространяются на всю голову. Когда я «нервничаю» мне кажется, что сердце начинает биться сильнее и повышается давление. Мне кажется, что у меня начинается сердечный приступ. Если я замечаю, что у меня некоторый период времени не бывает никаких расстройств, то я думаю, что это затишье перед бурей. Тогда я радуюсь, когда мне становится хуже.

26 сентября 1986 г. у меня было странное ощущение в области желудка. Это ощущение можно сравнить с видом давления. Наряду с мыслями о тяжелых заболеваниях сердца

и желудка, я вынужден был подумать о смерти. Я схватился за свою шею и начал искать пульс на сонной артерии. Мой пульс был заметно учащен. У меня появился страх смерти. Я подумал, что сейчас умру. С тех пор ощущения в области желудка или грудины у меня бывают часто. Иногда я слышу и ощущаю мое сердцебиение во всем теле. Где бы я ни положил руку, я всегда чувствую, как бьется мое сердце. Оно звучит во всем теле, и я слышу тогда: «бум, бум...» Или еще я ощущаю давление справа от грудины. В другой раз у меня появляется странное ощущение, и тогда я вынужден думать о смерти. Иногда, мое сердце бьется очень сильно, хотя вроде бы нет никаких видимых причин. Или если меня что-то взволнует, оно также бьется сильнее. Тогда я слышу свой пульс. Все это связано с одним очень неприятным ощущением, как будто у меня разрывается грудная клетка, потому что внутри нее стучат молотком. При таких приступах я усиленно думаю о смерти и умирании. Иногда у меня бывает страшный озноб: в левом предплечье. И тогда, тоже сразу возникают мысли о смерти. Любой трепет в теле, каждое особое ощущение направляют мои мысли в сторону смерти.

Терапевт: «После того, как Вы так хорошо описали Вашу ситуацию, у меня сложилось впечатление, что Вы хорошо способны наблюдать, воспринимать и пластично описывать себя и окружающий Вас мир... Ваш страх означает, что Вы вкладываете очень много энергии, не имея ясной цели. Ещё мне кажется, что Вы постоянно обращаетесь к теме смерти и страха, избегая все же открытой конфронтации с ней. Известно ли Вам восточное выражение «Все хотят на небо, но никто не хочет умирать!» »

Пациент: «Это в сущности, моя проблема...»

Теперь он был готов понять парадоксальность своего отношения к страху и описать его поближе.

Ступень 2: инвентаризация

Терапевт: «Когда впервые возникли Ваши жалобы, где Вы лечились до сих пор, каков Ваш опыт в этом? »

Пациент: «В октябре 1980 г. я прочитал в газете о смерти одного моего друга. Это было за завтраком, у меня вдруг кусок застрял в горле. Я был на похоронах моего друга. В тот момент моя жена была беременна. Спустя некоторое время, я в пятый раз сдавал кровь. Когда игла уже была в вене моей правой руки, у меня возникло очень странное ощущение. У меня появился неопиcуемый страх, это был страх смерти. При этом, у меня возникло чувство сдавления в левой половине грудной клетки, а мое тело судорожно вздрагивало. Этот страх смерти, а также другие симптомы, удерживались в течение месяцев. В конце концов, я выпивал ежедневно несколько бутылок пива. От этого я начинал чувствовать себя лучше. Это привело к тому, что я постоянно был слегка навеселе. Я нашел себе неподходящего работодателя, так как работа с ним продвигалась очень медленно. Она наскучила мне, поскольку мы мало были загружены. Часто мы выпивали в рабочее время. Слава Богу, что мы ни разу не попались и ни разу не попали под машину. Иногда, я приходил домой таким пьяным, что сразу был вынужден идти спать. В другие дни, бывало, я даже не мог вспомнить, как я добрался до дому (...). В это время я часто брал больничный лист. Взрыв произо-

шел тогда, когда умер один из моих одноклассников. Летом 1981 г. я узнал, что у А. есть знакомый невропатолог, который занимается акупунктурой. После нескольких сеансов дрожь в теле прекратилась, и я был в состоянии пережить день и без алкоголя. Благодаря совпадению, я узнал о психосоматической клинике в Н. Я добился направления туда. С августа по сентябрь 1981 г. я был на стационарном лечении.

Насколько я могу вспомнить, мое заболевание там интерпретировалось следующим образом: причиной были мои родители. Внутренне я как бы не принимал их стиль воспитания, особенно строгость моего отца ко мне. Кроме того, мне не верили, что у меня может быть гармоничный брак. Во всяком случае, это ненормально, если я не вижу проблем в своей семье. Моя жена, как раз родила тогда в апреле 1981 г., и мы были очень рады нашему ребенку, хотя все вело к тому, чтобы я прекратил контакты с домом. Мне постоянно старались внушить это, пока я, наконец, сам почти не поверил в это. Мое сопротивление все уменьшалось и, в конце концов, я еще в клинике принял решение, покинуть свою семью, что я, однако, впоследствии не выполнил. Во всяком случае о моей собственной проблеме, т.е. страхе смерти говорилось мало. После выписки, мои родители стали очень сильно действовать мне на нервы. Каким-то образом, мои отношения с ними стали сходить на нет. Контакты с ними ограничились до минимума. Но отношения между ними и мной снова стали почти что хорошими, если не сказать, что они стали даже лучше, чем прежде. С моей женой у меня тоже были всегда хорошие отношения. Я люблю свою жену, мы хорошо понимаем друг друга. Если иногда мы и ссоримся, то это ведь понятно, но это бывает очень редко. Если бы мне пришлось еще раз выбирать, то я определенно женился бы на ней еще раз. После моей выписки, спустя некоторое время, я попробовал, участвуя в одной группе в обсуждениях, лучше постичь свою болезнь, это мне ничего не дало. Тогда я стал усиленно заниматься спортом и йогой... Это дало мне больше. После того, как я основательно подготовился, в феврале 1982 г. я начал обучаться торговому делу (очное отделение), а также предпринимательству (заочное). Первое - я успешно закончил летом 1984 г., второе — зимой. Зимой 1985 г. я с успехом сдал итоговые экзамены.

К 1.4.1986 г. я начал работу на новом месте. Но случилось непредвиденное: нарушение слуха не позволяло мне хорошо слышать в атмосфере большого магазина. Так я расстался с моим новым работодателем и к 16.4.1986 г. снова стал безработным. Благодаря моим собственным стараниям. К 1.7.1986 г. я нашел себе хорошее место в В.

До 26.9.1986 г. моя болезнь была полностью под моим контролем. Редкие случаи, когда я себя неважно чувствовал, не стоят внимания. Но в тот день, 26.9.1986 г. после обеда, около 14.30, мне стало совсем плохо. У меня появилось странное ощущение в области желудка, я схватился за горло, стал щупать свой пульс, мои дела были совсем плохи. У меня возник страх: страх смерти. Я подумал, что сейчас умру, вызвал «неотложку» и меня отвезли в госпиталь. Уже через 5 дней меня выписали оттуда. Никаких органических заболеваний обнаружено не было. Моя кардиограмма и результаты обследования желудка были нормальными. После выписки мое состояние ухудшилось. Так, я постоянно слышу и ощущаю свое сердцебиение, у меня все время ломит во всем теле. Каждый день мне просто необходимо какое-то количество пива. В конце октября 1986 г. мы с семьей переселились в В.. Мое состояние ухудшилось. Я стал хвататься за более серьезные средства, чем пиво, так как оно уже не помогало.

23.11.1986 г. я обсудил с домашним врачом прием лекарств. Я принимаю ежедневно 2 таблетки. Мои расстройства теперь значительно терпимее, а влечение к алкоголю значительно меньше. Если меня спросить о причине болезни, я не смогу назвать ее. Я знаю, что органически я здоров, однако, душа моя больна. Почему? »

Терапевт: « Вы мне немного рассказали о Вашем прежнем лечении, своих собственных стараниях и реакции Вашей семьи. А теперь давайте посмотрим, что с Вами произошло в последние 5 — 6 лет ».

Пациент: «Беда никогда не приходит одна! »

Больному были разъяснены четыре сферы переработки конфликтов; тот факт, что каждый может распределять свою энергию в этих четырех сферах.

Терапевт: «Я повторю то, что Вы рассказали. Проверьте, так ли я Вас понял...

- В октябре 1980 г. внезапно умер Ваш школьный друг от инфаркта миокарда.
- Ваша жена была тогда беременна.
- У Вас возник страх смерти, спустя некоторое время после сдачи крови.
- В 1981 г. Вам пришлось отказаться от продолжения образования незадолго до экзамена, в связи с Вашей болезнью.
- В 1981 г. с апреля по ноябрь, Вы не работали, в связи с болезнью.
- С августа по ноябрь 1981 г. Вы были в больнице и практически не общались в этот период со своей семьей и друзьями.
- Лечение в больнице было для Вас, отчасти, непонятным.
- Затем Вы снова вернулись на свою работу, которая казалась Вам очень односторонней и скучной.
- В феврале 1982 г. Вы начали обучение сразу на двух курсах и успешно закончили их в 1984 г.
- В 1985 г. Вы сдали квалификационный экзамен.
- В 1986 г. Вы начали работу как руководитель с образованием, но через две недели вынуждены были оставить это место в связи с нарушением слуха.
- Спустя несколько недель Вы нашли новое место работы.
- Вам пришлось переселиться в В.
- В сентябре 1986 г. «неотложка» привезла Вас в больницу.

Перечисление всех этих событий больной воспринял с интересом.

Пациент: «Теперь понемногу становится ясно, почему я не могу выбраться из этой ямы. Сейчас я понимаю, что смерть моего друга, с которой все началось, из-за многого, чем я уже сыт по горло отступила на задний план, но, тем не менее, по-прежнему, чрезвычайно тревожит меня. На это никто раньше вообще не обращал внимания...»

В данном случае, речь шла о сердечном неврозе типа Б, на базе патологической реакции горя (октябрь 1980 г.) с выраженным страданием. На первый план выступили упомянутые симптомы. Актуальным конфликтом стала поразившая смерть одноклассника, которая вызвала шокоподобную реакцию у нашего больного. Базовым конфликтом была индифферентная и скорее похожая на гиперопеку позиция родителей, которая, создавая нечто вроде «скорлупы», не допускала никаких неожиданностей. Кроме того, кумулятивно действовавшие факторы

означали для него новую конфликтную ситуацию. Это привело к полному уходу из предпочитаемой прежде сферы деятельности и достижений на фоне тенденции, к депрессивной структуре невроза. Во внутреннем конфликте больной быстро идентифицируется с объективным раздражителем, не в состоянии удерживать его на дистанции и чувствовать себя принуждаемым к действиям, при которых он быстро достигает границ своих возможностей в переработке конфликтов и ощущает себя в опасности. Его выученные концепции (достижения, послушание, надежда, аккуратность и справедливость) не помогают ему даже компенсаторно, так что дефицитарные первичные сферы получают преимущество на основе своей внутренней бесконтрольности. В этой связи его непоправимое нарушение слуха представляется существенным ограничением для тела — Я-ощущения (чувство физической неполноценности). Этим обуславливается ограничение профессиональной карьеры и уменьшение контактов (неуверенность). Проявляются тенденции к поведению посредством «бегства» и избегания, которые дополнительно усиливают его «страх смерти» и имеют свою динамику. Смерть коллеги (от инфаркта миокарда) во время лечения вновь актуализировала его проблемы. Описанные симптомы стали нарастать, но не в такой степени, как до начала лечения. Больной сам стал говорить о возможности лучшего контроля за своим состоянием. В профессиональной сфере произошли изменения, которые повлекли за собой длительные и стрессогенные перемены в рабочем процессе и деловых отношениях с коллегами.

При предыдущих курсах терапии, симптомы лечили медикаментозными и психодинамическими средствами. Ни потеря друга, которая была воспринята им чрезвычайно близко к сердцу и впоследствии дала ему шанс заинтересоваться этой экзистенциальной стороной жизни, ни микротравмирующие факторы еще ни разу серьезно не анализировались.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Благодаря разъяснению нейропсихологических взаимосвязей и обсуждению случаев смерти и кумулятивного действия микротравм, пациент почувствовал себя понятым и осознал в каком направлении будет протекать лечение. Притча: «Мудрость Хакима», была воспринята им шире, чем только в соотнесении со своей ситуацией и интерпретирована иначе. Он осознал, как важно задуматься о феномене смерти и сумел отказаться от своего избегающего поведения. После того, как он научился дифференцировать «обусловленную судьбу» (установка на смерть и потери) и «определенную судьбу» (сама смерть, которая постигает каждого), я смог задать ему вопрос: «Как Вы представляете себе свою собственную смерть? От болезни вроде инфаркта миокарда, инсульта и несчастного случая или после длительного пребывания в постели из-за, например, рака, рассеянного склероза и т.д.?» Больной, который вообще не считался с такими вопросами, поначалу был шокирован, а затем заинтересовался. К следующему сеансу он подготовил список при-

мерно из 20 заболеваний и коротко описал свою установку к каждому. Он пришел к выводу, что не может точно определить, как хотел бы умереть: пусть это решит Бог. На этой стадии, моим сотрудником с ним была проведена поведенчески ориентированная десенсибилизация. «Иерархия страха» (ср. случай «Ute S» Pescschkian, 1977a, S.338 — 387, где страх, по содержанию, касался пунктуальности или непунктуальности, после чего была составлена «иерархия пунктуальности» и проведена десенсибилизация в этом направлении) соотносилась с темой «Смерть» в связи с сердечными симптомами. Так как утраты из-за смерти, воспринимались как несправедливость, была рассмотрена актуальная способность *справедливость* (см. ч. II, гл. 1). Дополнительно ему были назначены легкие антидепрессанты.

Ступень 4: вербализация

После того, как пациент выработал на трех предыдущих стадиях прямой открытый подход к своей ситуации и своему окружению, он был готов воплотить теоретические знания в жизнь. Он начал свою позицию чрезмерной учтивости (в смысле скрытой агрессии), которая вызывала у него чувство вины и страха, дополнять искренностью и прямоотой (в смысле доверия и надежды) по отношению к себе и другим лицам, причем последнее ему давалось труднее. После этого, с больным был проработан ключевой конфликт *учтивость — прямота* (см. ч. II, гл. 26 и ч. II, гл. 5). Он стал все более открыто смотреть на конфликтные ситуации. Благодаря привлечению к терапии его жены, были дифференцированно рассмотрены их отношение к смерти, смыслу жизни, жизненной философии, религии и вере. Высказывания о смерти и жизни после смерти известных нобелевских лауреатов (см. ч. I, гл. 5), послужили медиаторами между врачом и больным. Кроме того, были обсуждены проблемы общения (супруга хотела бы иметь больше внешних контактов, которые были затруднены, вследствие установок пациента к бережливости, пунктуальности и аккуратности). Другой причиной, по которой больной оказался в социальной изоляции, было его нежелание выходить куда-нибудь вечером, чтобы не потерять место парковки машины. В психотерапевтической группе, в которой пациент принимал участие, примерно с 4-й ступени были форсированы контакты с последующим интенсивным общением в реальной жизни.

Ступень 5: расширение системы целей

Больной проявил себя в психотерапии рассудительным и общительным. Вместе со своей женой и с помощью группы, он разработал для себя цели на следующие дни, недели, месяцы, 3 — 5 лет. Направляющим были для него четыре сферы в опроснике. В своем отчете он написал, что может оценить свое психическое состояние, как позитивное. Он был в состоянии лучше понять смысл своей болезни. Помимо прочего, он писал:

Иногда я спрашиваю себя, может мое нарушение слуха все-таки не связано с моим «страхом смерти? » Конечно, оно меня стесняет. Я должен смириться с этим и не могу быть таким, как я хочу... Мне очень редко снятся сны, и если я что-нибудь и запоминаю из них, то только отрывки, по крайней мере, не связанные друг с другом эпизоды. Раньше мне часто снилось, что я на высокой горе и прыгаю с вершины. Это было потрясающее ощущение! С тех пор, как у меня проснулся повышенный интерес к религии, у меня возникло новое отношение к моей болезни. Я хотел бы выздороветь, но главное для меня, все-таки, научиться жить и работать, несмотря на мою болезнь. Смысл жизни: принимать данную мне жизнь такой, какой ее подарил Господь и делать добро. Смерть, как и рождение, — решающее событие и жизни человека. Она — это единственное, что наверняка коснется нас в этой жизни. Я верю в жизнь после смерти. Я также считаю, что смерть должна быть прекрасна.

Приложение: опросник «Тревога и депрессия»

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии/ будущее

- 1) Что Вы думаете о следующих высказываниях: «Страх дает надежность» (*Шекспир*); «Страх имеет свой особенный смысл» (*Лессинг*), «Кто научился умирать, тот перестает быть рабом» (*Сенека*), «Заботы старят»? Знаете ли Вы другие пословицы и поговорки, афоризмы?
- 2) Реагируете ли Вы какими-нибудь телесными симптомами на страх, злость, тревогу и конфликты?
- 3) Трудно ли Вам расслабиться?
- 4) Когда Вы вечером ложитесь спать? Трудно ли Вам заснуть? Часто ли Вы просыпаетесь?
- 5) Очень ли рано Вы просыпаетесь? Какое значение имеет для Вас поговорка «Кто рано встает, тому Бог подает!» Бывает ли у Вас плохое самочувствие по утрам?
- 6) Страдаете ли Вы головными болями? Были ли у Вас какие-нибудь из следующих симптомов: дрожь, зуд кожи, головокружения, потливость, сердцебиение, понос?
- 7) Чувствуете ли Вы себя как бы заторможенно?
- 8) Похудели ли Вы, поскольку у Вас плохой аппетит?
- 9) Ваша депрессия базируется на соматических заболеваниях или возникает потому, что Вы таким образом научились преодолевать их?
- 10) Наказывали ли Вас физически?

- 11) Как Ваши родители вели себя по отношению к Вам, когда Вы болели? Игнорировали ли Вашу болезнь? Ухаживали ли за Вами, были ли в центре внимания? Ценилось ли стремление и при болезни оставаться как можно дольше на ногах?
- 12) Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать, какие возможны побочные эффекты?
- 13) Кто из Вас, Вы или Ваш партнер больше ценит трудолюбие и деятельность?
- 14) Довольны ли Вы Вашей профессией? Энергично ли Вы занимаетесь своей работой? Является ли Ваша профессия, профессией Вашей мечты?
- 15) Есть ли у Вас страх перед профессиональными неудачами? Следуете ли Вы своим убеждениям бескомпромиссно? Как Вы реагируете на критику или недостаточное признание? Что Вы делали раньше, чтобы завоевать признание и любовь родителей?
- 16) Как Ваш партнер относится к Вам, когда Вы больны, боитесь чего-либо, тревожитесь? Окружают ли Вас «материнской» опекой? Или Вы уверены, что Ваш партнер не имеет никакого представления о Ваших проблемах?
- 17) Есть ли у Вас с партнером проблемы, которые длятся уже возможно долгие годы, о них можно сказать: «Капля камень точит», они вызывают тревогу, депрессивное настроение и агрессию? В каких сферах?
- 18) Кто из Вас более общителен: Вы или партнер?
- 19) Было ли у Вас в детстве много друзей и знакомых или Вы росли в изоляции?
- 20) Если к Вашим родителям приходили гости, разрешалось ли Вам присутствовать?
- 21) Ощущаете ли Вы недостаток общения и эмоционального тепла?
- 22) Чувствуете ли Вы себя перегруженным социальными обязанностями и связями?
- 23) Связана ли Ваша тревога, страх с Вашим внешним видом, сексуальной потенцией, социальной изоляцией или «ежедневными мелочами» вроде аккуратности, пунктуальности, опрятности, бережливости и т.д.?
- 24) Каким критериям, по-Вашему, должен удовлетворять человек, чтобы Вы захотели с ним общаться?
- 25) Настаиваете ли Вы на своем мнении, даже если другим приходится из-за этого «ходить на цыпочках»?
- 26) Знаете ли Вы, как люди другой культуры переживают болезни, безработицу, разлуку, развод, горе и смерть, связанные с ними тревоги и депрессию?

- 27) Чувствуете ли Вы себя уставшим, лишенным всякой энергии? Потеряли ли Вы интерес к отдельным моментам жизни?
- 28) Есть ли у Вас хоть немного веры в себя и надежды?
- 29) Постиг ли Вас в последние годы целый ряд тяжелых ударов судьбы? Каких? Как Вы их преодолевали?
- 30) Не кажутся ли Вам мелкие проблемы и микротравмирующие ситуации, суммируясь, неизбежными ударами судьбы?
- 31) Считаете ли Вы все происходящее вокруг Вас доказательством бессмысленности, безнадежности, вопиющей несправедливости или виновности?
- 32) Есть ли у Вас чувство, что Вы не справляетесь с требованиями ежедневной жизни, что Вы больше не нужны, никчемны?
- 33) Испытываете ли Вы страх перед будущим, который проявляется в чувстве бессмысленности и бесцельности?
- 34) Что бы Вы стали делать, если бы у Вас не было больше ни страха, ни депрессии?
- 35) Что для Вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
- 36) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

5. Бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром

Способность при помощи симптома (хрипеть, кашлять, хватать воздух, синеть) настойчиво обращать на себя внимание

Определение

Бронхиальная астма характеризуется кратковременными приступами значительной нехватки воздуха. Эти состояния возникают вследствие спазма малых бронхов и сужения дыхательных путей из-за отеков слизистой бронхов и повышенной секреции. *Asthma bronchiole* имеет мультифакториальный генез. По существующему на сегодняшний день мнению, наряду с химическими и физикальными ингаляционными раздражителями, этиологическими считаются конституциональные, иммунологические, воспалительные, аллергические и физические факторы. Гипервентиляционный синдром характеризуется патологическим повышением частоты дыхания с преобладанием грудного дыхания. Субъективно возникает чувство стеснения в груди, связанное с острой потребностью в воздухе и навязчивым желанием глубоко дышать.

Симптоматика

При приступе астмы больной начинает задыхаться. Абдоминальное дыхание, практически полностью заменяется грудным; грудная клетка раздувается, легкие переполнены воздухом. Вследствие недостатка кислорода, лицо окрашивается в синюшный цвет. Прежде всего затруднен выдох, зачастую он сопровождается свистящим звуком. Приступ удушья может сопровождаться кашлем с мокротой. Если приступ затягивается надолго, то говорят об астматическом статусе - это состояние опасно для жизни, оно может приводить к сердечно-сосудистой недостаточности.

Christian (1959) описывает три формы сопровождающегося гипервентиляцией дыхания:

- 1) гиперпноэ при физической нагрузке как ускоренное, но регулярное дыхание со вздохами;
- 2) полипноэ, характеризующееся усиленным, но ровным дыханием с периодами глубоких вздохов;
- 3) гиперпноэ страха с быстро наступающей и беспокойной гипервентиляцией.

Вследствие однообразного, экстремально усиленного дыхания, может произойти тетанический приступ. Повышенное выдыхание углекислоты вызывает

судороги в руках и ногах, особенно в кистях; появляются головная боль и головокружение. Пациент испытывает панический страх от того, что не может дышать.

Другая форма нервного дыхания по *Christian* (1959) — это дыхание, описанное, как «поведение», при котором человек субъективно жалуется на нехватку воздуха, хотя объективно никакой гипервентиляции не обнаруживается. Дыхание поверхностное, но глубина и частота его удивительно равномерны.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- В Германии около 1% населения страдают бронхиальной астмой.
- Болеют, прежде всего, дети и подростки, мальчики в 2 — 3 раза чаще, чем девочки.
- С наступлением пубертата у половины больных заболевание излечивается. Пик заболеваемости среди взрослых приходится на возраст 21 год — 35 лет, преимущественно болеют женщины. Развитие заболевания в более старшем возрасте, по данным *Jores* (1981) очень редко.
- По всей видимости рост заболеваемости находится в причинной взаимосвязи с развитием цивилизации. Около 20 лет назад в Папуа-Новой Гвинее этого заболевания не было вообще, сегодня оно широко распространено. В Гренландии *Ehrstrom* (1951) на 1500 жителей, обнаружил только одного молодого человека с бронхиальной астмой.
- По моим наблюдениям, у пациентов с астмой решающую роль играют такие актуальные способности, как распределение времени и пунктуальность, как стрессогенные факторы («Я должен все время спешить, чтобы поспеть всюду!»).

Обзор литературы

Braeutigam и *Christian* (1973) часто обнаруживали у астматиков реактивные образования, которыми замещались агрессивные тенденции и желание близости. По *Loch* (1971) у всех астматиков выявляются расстройства в сексуальной сфере. Все авторы также указывают на значение агрессии.

Jores (1981) установил, что у астматиков агрессия не вытесняется. Так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья.

Braeutigam и *Christian* (1973) и *Jores* (1981) указывают на сверхчувствительность к запахам, которая постоянно обнаруживается у астматиков и не обусловлена физиологически. При этом бросается в глаза, что эта сверхчувствительность относится прежде всего к тем запахам, которые как-то связаны с нечистотами и неаккуратностью, а также с неряшливым и нечистоплотным поведе-

нием. Астматики, с повышенной восприимчивостью запахов, также крайне зависимы от суждений и мнения окружающих их людей.

Schwidder (1968), Marty (1974) и Braeutigam (1954) указывают на то, что существует взаимосвязь между вдохом и выдохом, с одной стороны и способностью брать и отдавать — с другой, и что у астматиков замечена тенденция к невозвращению, удержанию, сохранению.

По *Herrmann (1986)*, особенно японские учения полагали, «что у пациентов, которые, кроме медикаментозной, получают еще и психосоматическую терапию в сравнении с пациентами, которых лечат только медикаментозно, существенно меньше бывает астматических приступов и статистически достоверны более длительные ремиссии». Наряду с разъяснительной беседой, по мнению *Radvila (1984)*, в отдельных случаях может быть обоснованное назначение антидепрессантов, бензодиазепинов или р-блокаторов, в сочетании с применением дыхательных упражнений, медленного диафрагмального дыхания и релаксации по типу аутогенной тренировки, йоги и прогрессивной релаксации.

Пословицы и народная мудрость

Дух захватывает; аж дыхание перехватило; найти отдушину (сорвать зло на чем-либо); дать волю своему гневу; кто-либо больше для него не существует (его не замечают как воздух); напряженная атмосфера (опасность); атмосфера заряжена чем-то; перекрыть кому-то кислород; чихать мне на него; выставить кого-то «на свежий воздух» (за дверь); взлететь на воздух; облегчить чье-либо положение («дать кому-то глоток воздуха»); подышать (свежим) воздухом.

Притча: «Мысли — что ростки»

Одного астматика тяжелый приступ удушья внезапно настиг в постели. Была теплая ночь, он находился в гостинице и ему казалось, что он задыхается. Он добрался до двери, распахнул ее и несколько раз глубоко вдохнул. Свежий воздух подействовал благотворно и приступ вскоре отпустил его. Когда на следующее утро он проснулся, то понял, что открывал ночью не дверь комнаты, а лишь створку платяного шкафа.

Аспекты самопомощи: развитие бронхиальной астмы с точки зрения позитивной психотерапии

а) Расстройства и физиология

- Значение дыхания известно еще со времен сотворения мира. Господь, вдохнув в сотворенного из земли человека жизнь, дал ему душу и дух. Инди-

видуальная жизнь начинается со вдоха, с первого крика новорожденного младенца и заканчивается с последним выдохом, когда умирающий «выдыхает из себя жизнь».

- Полярность жизни, непрерывная смена напряжения и расслабления, наступление и движение, становление и завершение, отдача и прием — все это в процессе дыхания можно увидеть яснее, чем в любой другой функции человеческого организма.

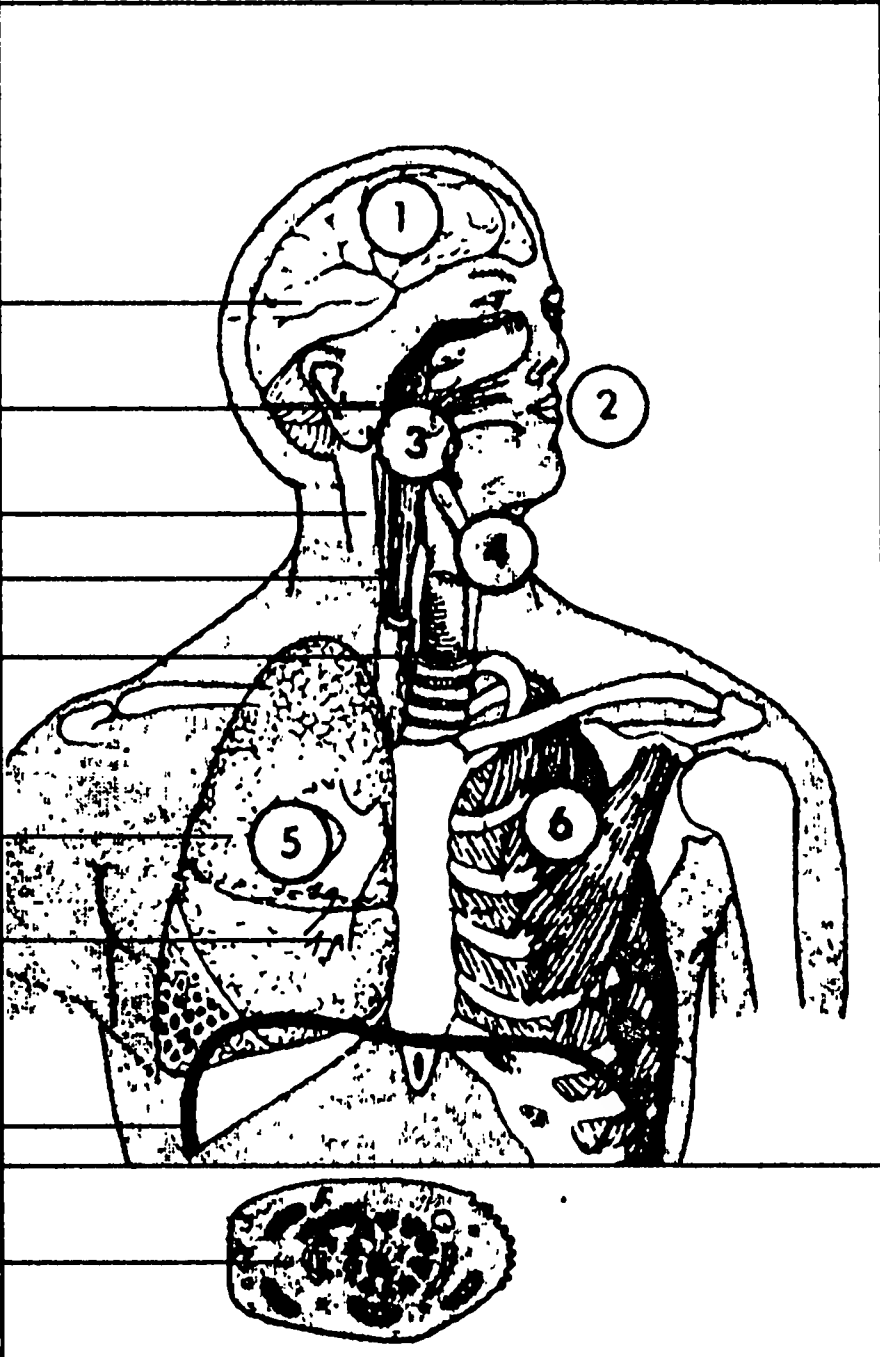
ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАССТРОЙСТВА		НАРУШАЮЩИЕ ФАКТОРЫ (примеры)
головной мозг — глотка — ствол мозга — пищевод — трахея — легкое — реберная мускулатура — диафрагма — клетка —		① повышение внутричерепного давления ② ингаляционные яды ③ кровотечение / рвота ④ отек гортани ⑤ отек легких, пневмоторакс ⑥ паралич мускулатуры; фрактура сегмента ребра ⑦ клеточные яды

Рис. 15. Возможные расстройства респираторно системы.

Мы видим это непосредственно, в ритмическом осуществлении: при активном втягивании воздуха как напряжение и при чаще пассивном выпуске его как расслабление.

- Процесс дыхания происходит автоматически под влиянием разнонаправленных импульсов автономной или вегетативной нервной системы самопроизвольно. Дыхание может также осуществляться произвольно, под влиянием сознания. Глубина, частота и тип дыхания могут регулироваться сознательно: мы можем, если захотим, дышать быстрее или медленнее, глубже или поверхностнее. Мы можем также, на некоторое время задерживать дыхание и по желанию дышать грудью или животом.

- И наконец, на дыхание бессознательно оказывают влияние наши эмоции. Любые движения души, более или менее заметно отражаются на дыхании. «Дыхание перехватывает» от ужаса, «легко дышится» при душевном возбуждении, при помощи вздохов, криков и стонов и т.д., «добывают себе воздух». Если нарушены отношения с окружающими, то говорят о «плохой атмосфере», о «тяжелом» или «раскаленном» воздухе, которые затрудняют нам дыхание и жизнь (рис.15).
- Загрязнение воздуха, прежде всего в крупных городах — это важный фактор риска.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения

Приступ удушья сопровождается сильнейшим страхом. Хотя содержащегося кислорода в воздухе достаточно (приступ астмы может произойти и на улице, на свежем воздухе), больному его не хватает. Страх задохнуться, умереть, охватывает все существо человека. И этот страх, в свою очередь, усиливает спастическую реакцию. По содержанию речь часто идет о требованиях пунктуальности и стремлении быть во всем справедливым (пунктуальность, справедливость), т.е. о концепциях, которые через ЦНС оказывают воздействие на дыхательный центр.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

В психотерапевтической практике постоянно убеждаешься, что люди с синдромом нервной гипервентиляции часто происходят из семей, где очень высоко ценились достижения: «Соберись», «Постарайся», «Без труда не вытащишь и рыбку из пруда». Одновременно с этим поощрялись сдержанность, скромность и самообладание, как необходимые личностные качества: «Возьми себя в руки», «Что подумают люди?» (*учтивость, контакты*). При более близком рассмотрении оказывается, что приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением больному слишком многих требований (*достижения*) и при столкновении с несправедливостью. Так как вследствие подавления агрессии он не может открыто конфронтровать с окружением, не может аргументированно изъясниться или выругаться, а сдерживается (*конфликт вежливость — прямота*), он особенно следит за мнимыми или действительными реакциями своего окружения. После приступа астмы многие больные испуганно оглядываются по сторонам, не заметили ли «люди» что-нибудь. Это усиливает их страх. Через ЦНС происходит усиление спазма и тем самым усугубление *circulus vitiosus*.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

Взаимосвязь между эмоциональным состоянием и дыханием известна каждому из нас. От ужаса может «перехватить дыхание» или «дух захватывает». Какое-нибудь событие может «нагнетать тяжелую атмосферу». Если кто-нибудь сердится, то у него возникает потребность свой гнев «выпустить на воздух». Если исходить из существующей литературы по психосоматике, то астматическое заболевание основывается на нерешенной связи, на конфликте амбивалентности и на личностных особенностях. Пациент с нейрогенным нарушением дыхания, обладает особой способностью при помощи дыхания, а не слов (*учтивость!*) показать окружающим, что он ущемлен, чувствует себя напряженно.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при бронхиальной астме

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Описание случая: «Мужество принять решение»

Хорошим примером значения позитивного толкования может послужить случай с 56-летней больной астмой, которая в течение 8 лет напрасно соматически лечилась от своего недуга. Пациентка за время своей болезни была обследована и лечилась в 14 клиниках. Она была свертучлива и сдержанна. Самым главным во всем этом процессе было склонить пациентку к психотерапии. В русле позитивного образа действия я спросил ее, какое значение имеет для нее астма, а затем какие позитивные аспекты несет ей ее болезнь. Я предложил ей толкование, что у нее существует очень значимое отношение к своему телу: ее астму можно рассматривать, как способность, в конце концов, найти покой.

С этим толкованием, так же как и с историей: «Мысли — что ростки» и возникшими в связи с этим вопросами, она работала в течение нескольких сеансов. Чтобы для нее не было это обидным, она решила сама выяснить вторичную выгоду от своей болезни и определила свою астму, как телесную реакцию, вследствие профессиональных и бытовых перегрузок. Так, помимо прочего, она написала: «Мои приступы астмы требуют ухода на бюллетень. Я просто стремлюсь к покою и освобождению от стресса...».

Ступень 2: инвентаризация

«Life-events»: в развитии симптоматики, также в качестве микротравм, играли центральную роль следующие события последних пяти лет:

- 1) Самоотверженно ухаживала она за своей престарелой матерью и старалась угодить всем ее желаниям, хотя внутренне воспринимала это как несправедливость и скрывала агрессию и нежелание делать это (*учтивость/ прямота*).
- 2) Другой проблемой были перегрузки на работе, которые регулярно возникали из-за того, что больная уже достаточно уставала от ухода за матерью и дополнительную профессиональную нагрузку воспринимала, как несправедливую. По времени она была не в состоянии выполнить все возложенные на нее обязанности (*трудолюбие/ деятельность, справедливость, пунктуальность*).
- 3) Дело дошло до того, что больная, по совету своего домашнего врача, подала просьбу о назначении пенсии. С этого времени она перестала работать, что стало желанным и пугающим одновременно (*тело, деятельность*).
- 4) Уход за матерью и профессиональные перегрузки стали причиной социальной изоляции (*контакты*).

Эти факторы носили для пациентки травмирующий характер. Усугубляемые страхом перед будущим и безнадежностью, они вызвали эмоциональное перенапряжение с психосоматической переработкой (будущее). Можно установить тесную взаимосвязь в течение болезни между семейными и профессиональными перегрузками и расстройствами дыхания. В центре стоял конфликт *учтивость — прямота* на фоне проблемы справедливости.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Позитивное толкование симптомов и обсуждение ситуации перегрузки дали больной возможность принять решение, которое она уже много лет вынашивала в себе. Она пишет:

Моим самым большим желанием было стать здоровой и жить без страха. Как Вы мне сказали, Вы подвели меня к источнику, но я все же боялась пить из него. Речь шла о решении отделиться от моей матери и изменить нашу семейную обстановку. Это было достигнуто не только моим переездом из дому, чтобы жить отдельно. Я научилась видеть позитив в зависимости моей матери от меня, и вести себя, по отношению к ее претензиям, иначе, чем прежде.

На основании предшествующего лечения и тренировки релаксационными методами, дозы кортизона были значительно уменьшены.

Ступень 4: вербализация

На этом этапе лечения пациентка училась быть терапевтом по отношению к своей матери, воспринимать функции, которые она должна была выполнять в связи с ее односторонней зависимостью, как проблемы идентификации и заново строить отношения со своей матерью. Поэтапный процесс позволил привлечь к анализу и другие конфликтные темы. При этом речь шла, прежде всего, об открытом и

честном выражении больной своего мнения. В связи с этим, с ней обсуждалась эта актуальная способность.

Актуальная способность «искренность/ честность».

Определение и развитие: способность открыто выражать свое мнение, говорить о своих потребностях или интересах. Правдивость и добросовестность относятся к честности. Честность в партнерских отношениях называется верностью, в социальных коммуникациях — открытостью и откровенностью. В том возрасте, когда ребенок начинает говорить, он еще не может четко различать представления и действительность. Если взрослый не понимает логику переживаний ребенка и наказывает его за ложь, то в дальнейшем это может оказаться воспитанием нечестности.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас может более откровенно высказать свое мнение? Есть ли, или были ли у Вас собственные проблемы, или проблемы с партнером из-за нечестности (ситуации)? Как Вы реагируете, если кто-то Вас обманывает (назовите ситуации)? Насколько Вы правдивы, прибегаете ли Вы иногда, к лжи во спасение? Много или мало рассказываете Вы о себе другим людям (открытость)?

Синонимы и расстройства: говорить прямо и откровенно, без обиняков; резать правду в глаза; сказать все начистоту; говорить все, что приходит в голову; проглатывать обиды; держать язык за зубами. Болтовня, наговор, перенапряжение; тщеславие; заносчивость; межличностные конфликты; агрессия; приступы потливости; повышение артериального давления; головная боль.

Особенности поведения: говорить то, что считаешь нужным, но так, чтобы не обидеть партнера. Некоторые люди, которые сегодня недовольны Вашей откровенностью, после будут Вам за это признательны. Иногда бывает, что с партнером Вам легко быть искренним, но на работе, когда речь идет о деньгах это не так-то легко удастся, или наоборот. Обычно в разных сферах жизни человек по-разному искренен и честен. Девиз: понаблюдайте, в каких ситуациях и в связи с какими актуальными способностями Вам особенно нелегко быть искренним.

Впоследствии пациентка писала:

Я очень хотела бы жить отдельно от своей матери и проводить с ней только выходные дни. Мое свободное время я хотела бы проводить на каких-нибудь мероприятиях, восстановив былые контакты с друзьями. Мне только не всегда хватало мужества на этот шаг. Я боялась снова заболеть (проблемы с дыханием) и тогда остаться одной, в беспомощном состоянии. В то, что таким решением мне удастся преодолеть мое заболевание, я просто не

могла поверить. В процессе терапии я осознала, что это лишь следствие моей ярко выраженной «учтивости», против которой восстает моя столь же сильно выраженная «прямота», т.е. я становлюсь неискренней и эту неискренность направляю против самой себя. Тогда я пришла к заключению, что я в своей жизни, действительно, делаю что-то не так.

Примеры неискренности по отношению к самой себе:

- Если моя мать хочет смотреть по телевизору первую программу, я соглашаюсь с этим, хотя сама охотнее посмотрела бы другую передачу.
- Если моя мать, из-за усталости, хотела ложиться спать уже в 21.00, я присоединялась к ней, чтобы избежать спора, хотя с удовольствием еще посидела бы у телевизора или послушала радио, расслабившись.
- Аналогичные проблемы бывали и по утрам в выходные дни. Я охотно поспала бы подольше, но моя мать просто поднимала жалюзи. Если я реагировала бурно, то весь день был испорченным.
- Моя мать запросто вскрывала мои письма, несмотря на мою просьбу не делать этого. Тогда она говорила, что я что-то скрываю от нее, хотя это, на самом деле, было не так. Это не нравилось мне, но я каждый раз терпела, чтобы спокойно провести свое свободное время.
- Что бы я ни делала: сделай так, сделай сяк, это надо делать по-другому. По своему собственному усмотрению, я ничего не могла предпринять. Куда бы я не собралась: только не долго, почему ты не сделаешь иначе? И так далее.
- Даже в отношении одежды, я строго следовала пожеланиям моей матери. Я бы могла купить себе на свой вкус какие-нибудь модные вещи, но тем не менее, всегда допускала ее вмешательство в эти вопросы.
- Я бы с удовольствием обустроила сама себе отдельную комнату, где могла бы закрыть дверь, чтобы побыть одной, но это было невозможно из-за сопротивления моей матери.

С помощью «позитивного программирования поведения» (Peseschkian, 1977a, S.309) был проработан ключевой конфликт *учтивость/ прямота*. Кроме того, обсуждали сферы «Я», «Ты», «Мы» и «Пра-мы» модели для подражания); постепенно больная разбиралась в условиях возникновения ее сегодняшнего конфликта. На ступени вербализации, на которой был привлечен и ее партнер, она продемонстрировала следующую динамику:

После нескольких дней, в которые я постоянно нервничала и плакала, мой партнер сказал моей матери, что он не собирается больше терпеть, что при каждом посещении или телефонном разговоре она постоянно терзает меня, и я снова заболеваю. При этих обстоятельствах нам придется прекратить с ней всякие отношения. Он сказал ей также, что очень ценит ее и всегда готов во всем помочь, но она, по всей видимости, не готова к этому. Хотя мне было очень - очень тяжело, несколько дней после этого я не появлялась у своей матери. К моему большому удивлению и великой радости, она позвонила сама и сказала, что нам стоит забыть все, что произошло, что она понимает моего партнера и нам лучше все же вернуться к ней.

Ступень 5: расширение системы целей

У пациентки теперь была возможность использовать найденные ресурсы для интенсификации отношений с партнером, которого она знала около 15 лет. «Я нашла в себе силы принять решение, которое все время отодвигала: жить вместе и выйти замуж за мужчину, которого я знаю многие годы». Оба они смогли реализовать теперь свои шансы решить оставшиеся проблемы и расширить репертуар своих отношений. К тому же добавлялись отношения с матерью и кругом друзей мужа. Пациентка писала:

Мы постоянно подчеркивали моей матери, что не оставим ее одну и всегда готовы помочь. Моя мать предложила мне помощь в стирке одежды, чтобы она тоже была чем-то занята. Она к тому же не верила, что я со всем справлюсь и боялась, что работа и домашние дела — это слишком много для меня.

Потом она начала каждые выходные печь нам пирожные. Мы благодарили мать и очень хвалили ее вкусные изделия. Это доставляло ей огромную радость, она испекла рождественский торт, не только для нас, но и для внуков. Вскоре приехали родственники мужа из Мексики, которым мы представили и мою мать. Таким образом, мы старались расширять круг нашего общения. Мы вовлекли мою мать в нашу жизнь и заметили, как она радуется, она даже дарила гостям подарки. Для нас это была встреча двух различных жизненных привычек и мировоззрений. У нас — подчеркнутая немецкая пунктуальность; обязательность, чистота и порядок во всех отношениях, у мексиканцев — полная противоположность, то что не сделано сегодня, откладывается на завтра. Пунктуальность обходят стороной, по любому поводу, в широком семейном кругу устраиваются праздники. Мы поняли, что нужно еще больше терпимости, чтобы сосуществовать таким разным стилям жизни...

Мой муж представил меня на маленькой вечеринке своим коллегам (в том числе и шефу), как свою жену. Я чувствовала себя там очень свободно, вела непринужденные беседы, получила очень много радости, как никогда прежде.

В заключение я хотела бы сказать:

После того, как Вы подвели меня к источнику, и я научилась из него пить самостоятельно, я стала другим человеком и почерпнула оттуда столько мудрости и силы, что смогла поделиться ими с моей семьей:

- Мою мать не узнать, мои отношения с ней никогда не были так свободны и добры, как сегодня.
- Мое отношение к сестре и всей семье стало доброжелательнее, искреннее и лучше.
- Мои коллеги по работе дали мне понять, что я стала не такой замкнутой; я работаю совершенно непринужденно и радостно вместе с ними.
- Я чувствую себя в нашей квартире все лучше, это мой собственный дом, в котором я свободна и меня никто не принуждает и это доставляет мне радость.
- Мое здоровье значительно улучшилось. Я ощущаю физическое благополучие, что является следствием позитивных жизненных обстоятельств и перемен.

Этот рассказ больной был записан год спустя, после окончания лечения, которое было завершено после 28 сеансов. Это вдвойне интересно: как контроль и подтверждение терапевтического успеха и как субъективная рефлексия терапев-

тического процесса с позиции пациентки. Вместе со своим партнером ей удалось стать «терапевтом» для собственной матери.

Приложение: опросник к бронхиальной астме и синдрому нервной гипервентиляции

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Можете ли Вы дать «доступ воздуха Вашему гневу» или «кому-нибудь, что-нибудь насвистеть»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-либо пословицы и поговорки, относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашем заболевании?
- 3) Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 4) «Сдерживаете» ли Вы себя, потому что для Вас важно «что подумают люди»?
- 5) Можете ли Вы выразить в своей профессии, что Вы чувствуете себя задавленным, перегруженным?
- 6) Какие особенности поведения (актуальные способности) коллег, сотрудников, шефа, действуют Вам «на нервы»? Как Вы реагируете? Можете ли Вы, открыто, говорить об этом? Или Вы «задерживаете дыхание»?
- 7) Характеризуются ли Ваши отношения с окружающими «плохой атмосферой», «спертым» или «напряженным» воздухом, что «затрудняет Ваше дыхание»? Являются ли определенные люди «отдушиной» для Вас?
- 8) Можете ли Вы вывести кого-либо «на чистый воздух» (на чистую воду)?
- 9) Знаете ли Вы или можете вспомнить такие желания, может быть, детские мечты, которые Вы никогда не могли воплотить в жизнь? Что препятствует их реализации? Что бы Вы стали делать и как бы стали жить, если бы у Вас не стало проблем?
- 10) Что для Вас, является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
- 11) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

6. Грыжа межпозвонкового диска

**Способность показать, что человек чего-то не может больше выносить;
способность перерабатывать напряжение и конфликты, при помощи движения и статики, и, приспособливаться к существующим условиям;
способность скорее сломаться, чем сдаться.**

Определение

Вследствие разносторонности функций позвоночника существует много его заболеваний как воспалительного, так и дегенеративного характера: могут возникнуть искривления позвоночника, ограничение объема движений, вплоть до полной неподвижности, повреждение или заболевание спинного мозга, боли при сдавлении нерва и т.д. Примечательно, что с одной стороны встречаются люди с тяжелыми изменениями позвоночного столба, которые субъективно не испытывают никаких затруднений, а с другой стороны, есть пациенты с жалобами на сильные боли, у которых однако, не обнаруживается никаких болезненных изменений в позвоночнике.

Симптоматика

Вследствие чувствительной иннервации дорсальных отделов позвонков при помощи *N. Recurrens* на этой стадии дегенерации возникают локализованные боли в поврежденном сегменте, например, люмбалгия. По рефлекторной дуге рефлекторно возникает болезненное напряжение сегментарной параспинальной мускулатуры. Часто эти расстройства, головные боли и локализованное болезненное напряжение мышц, поражают человека мгновенно, после резких движений или переохлаждения и, как следствие, промокших ног. В народе этот люмбальный синдром, называется «удар ведьмы». Существует две степени тяжести корешковой компрессии, вследствие грыжи диска: выпячивание (протрузия) или выпадение (пролапс) Nucleus pulposus позвонка.

Транскультурный аспект и эпидемиология.

- Люмбальные боли встречаются у 11—18% населения. Если соотнести эти цифры только с заболеваемостью в Германии, то это примерно 6,6—11 млн. человек. Ежегодно отмечаются новые случаи заболевания.
- Люмбальный синдром стоит на втором месте среди причин выдачи больничных листов, после острых инфекций дыхательных путей.

- «Дорсопатии» и «межverteбральные дископатии» в Германии в 1982 г. при пенсионном страховании работающих мужчин были самой частой, а у женщин второй по частоте причиной раннего ухода на пенсию. Аналогичные данные были получены в США.

Обзор литературы

Как в англо-американских, так и в немецкоязычных странах существует достаточное число публикаций о «*psychogenic backache*»: *Holmes u. Wolff* (1952) «*low back pain*» у *Leavitt* (1982), *Paul* (1950), *Saul* (1941), психосоматика «крестцовых болей», «мышечных и суставных заболеваний» у *Cze-merius* (1955), *Cshellack* (1955) и «позвоночные боли» у *Pongratz* (1980). Все исследования характеризовались тем, что были обследованы (почти) только пациенты с хроническими люмбальными болями в спине, независимо от их физического состояния. Тем самым было изначально предусмотрено, что только «функциональные» люмбалгии являются «психогенными». Насколько, однако, психосоциальные факторы могут иметь причинное значение при дегенеративных заболеваниях позвоночника не было выявлено. Одним из главных представителей гештальтсимволического подхода является *Wein-traub* (1981).

В 1987 г. в рамках кандидатской диссертации «Психосоциальные аспекты при люмбальной грыже диска», в ортопедической клинике Висбадена Х.Пезешкианом, было обследовано 100 пациентов с диагностически подтвержденной грыжей диска. В качестве методики было использовано самостоятельно составленное интервью и опросник на основе WIPPF (N.Peseschkian и. Deidenbach, 1988). Последний включает социодемографические ортопедонев-рологические и психосоциальные факторы.

В обследованном контингенте преобладали мужчины (70%). Средний возраст составил 46 лет. Наследственный характер не был установлен: ни для заболевания позвонков, ни для других заболеваний позвоночника. Только 4% пациентов происходили из семей, в которых встречались грыжи диска. Не было обнаружено более тяжелого повреждения позвонков у лиц занимавшихся тяжелым физическим трудом, а также не было преобладания больных, чья работа связана с нагрузкой на позвоночник. Только 10% всех обследованных составляли лица занимающиеся тяжелым физическим трудом.

В качестве разрешающего фактора, для проявления симптоматики только 16% всех больных указали на травму, в то время как 84% не только не связывают свое заболевание с травмой, но и не могут вообще объяснить причину его появления. Оказалось, что 92% всех обследованных пережили тяжелые события («*life-events*») в смысле актуального конфликта и у всех пациентов эти события произошли перед началом заболевания или его новым обострением; 65% указали на случаи смерти близких людей. Дальнейшие психосоциальные исследования выяви-

ли выраженную односторонность в жизни больных. Они почти все без исключения (97%) были сильно акцентированы на деятельности и придавали большое значение своему физическому благополучию. Межличностные конфликты и интерес к религиозно-мировоззренческим вопросам сводились к минимуму или вытеснялись. Только 12% сказали, что уделяют время этим сторонам жизни.

Пословицы и народная мудрость

Сломать хребет (что-либо подрывает здоровье, благосостояние); высоко держать голову (держаться с достоинством); нести крест; «я не могу больше нести свой крест»; положить на обе лопатки, одолеть; сломаться (не выдержать); согнут судьбой; сохранять самообладание, владеть собой; у кого-либо спина широкая — вытянет, на кого-либо можно взвалить все что угодно; наклонять, нагибать голову (сбить спесь); склонить; выпрямляться (приободриться); склоняться; надломиться; прямой (откровенный); смягчиться; быть подавленным; быть покорным; низкопоклонничать, пресмыкаться (перед кем-либо); нести тяжелый крест.

Притча: «Необычное лечение»

Однажды Авиценна, будучи придворным врачом у властелина Нухс-Самани был на дворцовом празднестве. Одна из придворных дам подносила гостям большое блюдо с фруктами. Присев перед Авиценной в поклоне, чтобы предложить ему фрукты, она вдруг не смогла выпрямиться и закричала от резкой боли. Это был «прострел». Властелин строго посмотрел на Авиценну и велел ему немедленно оказать помощь. Авиценна, мучительно старался собраться с мыслями. Свои лекарства он оставил дома и должен был найти новое решение. К всеобщему изумлению он внезапно схватил девушку за грудь. Она в ужасе отпрянула и застонала от еще более нестерпимой боли. Не успел властелин, возмущенный дерзостью врача, промолвить и слова, как Авиценна быстрым движением, сунул руку под платье придворной дамы и одним рывком попытался сдернуть с нее шальвары. Девушка покраснела от стыда и, стараясь защититься, сделала резкое движение. И, о, чудо! Боль оставила ее. Она выпрямилась во весь рост, Авиценна с удовольствием потирая руки сказал: « Прекрасно, что я смог помочь ей!».

Аспекты самопомощи: развитие дископатии с точки зрения позитивной психотерапии.

а) Жалобы и физиология

В процессе эволюции человек выпрямился, изменились его осанка и походка. Чтобы стало возможно прямохождение, скелет человека, в отличие от других

живых существ, претерпел изменения. Позвоночник приобрел, в связи с этим, «несущую» роль. С одной стороны он должен быть крепким и прочным, чтобы защитить голову, а с другой — очень гибким, чтобы обеспечить подвижность всего тела. Эти разнообразные задачи позвоночника обуславливают также его особую чувствительность.

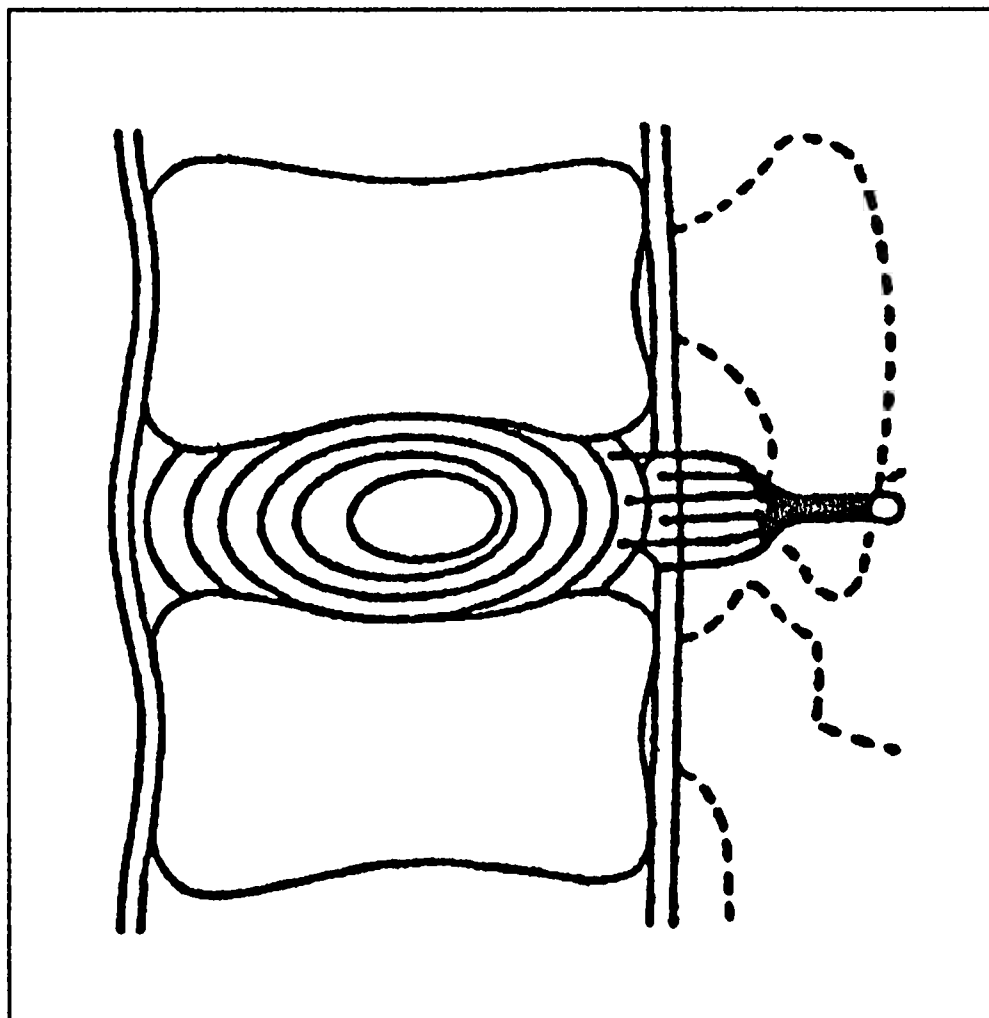


Рис. 16. Топографические особенности межпозвонкового диска.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения

Если человеку не удастся сохранить «прямую осанку» в четырех сферах переработки конфликтов и по какой-нибудь причине он теряет равновесие, в таком случае позвоночник подвергается чрезмерным нагрузкам, что может приводить к повреждениям и болям. Специфические психические перегрузки и конфликты могут отразиться на мускулатуре, в области затылка и спины. Мышцы сокращаются, также реагируют и расположенные в них кровеносные сосуды, что приводит к изменениям давления и кровоснабжения позвоночника. Следствие этого — боли. Из-за стойкого напряжения мышц могут даже деформироваться кости, к которым прикрепляются эти мышцы, что может повлечь за собой изменение объема движений и осанки. Сегодня от болей в спине страдает все больше молодых людей, боли усиливаются при механической нагрузке и колебаниях и уменьшаются, когда больной ложится — и то, и другое не случайно при психически обусловленных повреждениях позвоночника.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

При опросе пациентов с дископатиями, постоянно приходится сталкиваться со специфическими концепциями, которые традиционны в семьях и передавались в детстве как правила жизни: «Наклонности проявляются с малолетства» (приспособление, скромность), «Мне чихать на это» (человек защищается от возможных нападений, втягивая голову в плечи) или «Соберись», «Не дай себя сломить» (он защищается от страха, чрезмерно выпрямляясь и напрягая позвоночник). Актуальные способности, которые особенно ценились в этих семьях — это аккуратность, бережливость, справедливость, деятельность, усердие, послушание и вежливость.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта.

Сегодня все больше получает подтверждение тот факт, что при заболеваниях позвоночника большую роль может играть психика. То, что человек при «невыносимых нагрузках» или, находясь «под давлением», реагирует именно той частью тела, которая предназначена для ношения тяжестей известно давно. Народные уста говорят: «подавленный», «сломавшийся» человек, «судьба согнула», «уравновешенная» личность, сохранить «осанку», «твердая поступь» и обладать «устойчивостью», не позволять «поставить себя на колени».

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при дископатиях

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Описание случая: «Что общего между заболеванием диска и тещей?»

Больной 50 лет, с печатью страдания на лице обратился ко мне по совету главного врача одной ортопедической клиники, в которой интересовались психосоматическими взаимосвязями при дископатиях.

Мне сделали операцию на позвоночнике, и я испытываю боли в области операционного рубца. Боль иррадирует в область таза справа и икру. У меня немеют пальцы на ногах, с 1987 г. немеет большой палец на правой ноге. Особые трудности я испытываю при вставании, в позе сидя и лежа иногда у меня сводит судорогой правую икру. У меня есть проблемы на рабочем месте и, потом есть еще один важный момент, это касается моей тещи...

Пациент на позитивное толкование «Вы показываете, что Вы больше не можете чего-то выносить и вынуждены приспособливаться к существующим услови-

ям», среагировал утвердительным кивком. Прежде всего, пословицы вроде: «Я не могу больше нести этот крест», «Сломан хребет» и «Не согнуть спину» открыли ему путь к фантазии. Непосредственной целью терапевтического диалога, было создание известной дистанции, по отношению к болезни, поэтому я рассказал ему притчу «Необычное лечение», поразительный финал, которой положил начало изменению его точки зрения.

Ступень 2: инвентаризация

События последних 5 лет:

1). Февраль 1980 г.- смерть отца: «Мой отец был для меня примером. На войне он был солдатом, правильным до мозга костей. Я ненавидел и любил его, но у меня не было возможности стать таким, как он».

2). 1981/82 г.: строительство дома с большим вкладом собственного труда. Материально его поддерживали родители жены, причем было условлено: если с одним из них «что-то случится», то другой имеет пожизненное право проживать в построенном доме.

3) Апрель 1984 г.: внезапная смерть тестя; теща переезжает к ним. Очень скоро появляются проблемы между тещей, зятем и дочерью: «Она — властная натура. Лестница постоянно вычищается. Двери хлопают, даже когда в доме царит общий послеобеденный покой. Дети настраиваются против нас. Она пыталась сломать мой авторитет. Соседям она рассказывает небылицы».

4) Ноябрь 1984 г.: «Моя жена совершила кражу в магазине. С тех пор моя теща стала шантажировать нас, угрожая всем рассказать об этом. Тогда бы мы не смогли здесь больше жить».

5) «В феврале 1985 г. мой сын развелся со своей женой, о чем мы все очень сожалели».

6) 1986 г.: «Моя жена заболела гипертонией, это действительно напугало меня!»

7) «С июля 1984 г. я больше не разговаривал с тещей. Мы обедаем вместе, однако никто не произносит ни слова, мы не можем изменить ситуацию. Иногда я думаю, не стоит ли мне преждевременно выйти на пенсию и уехать отсюда. Вероятно, я это сделаю, если у меня станет лучше со здоровьем».

8) «После моей операции, у меня постоянный страх потерять работу из-за моего длительного отсутствия, хотя я знаю, что почти не подлежу увольнению. Иногда мне приходится делать 3 — 4 дела сразу, это всегда действует на нервы. У меня на работе есть проблемы и между служащими, и между начальством».

Вследствие наложения этих событий появились постоянно усиливающееся эмоциональное напряжение и страх перед будущим. Больной стал реагировать

интенсивным эмоциональным возбуждением, перерабатывая свои неисполненные желания, отчасти психосоматически. В качестве базового конфликта напряжению способствовали отношения с отцом, в которых эмоциональные потребности остались неудовлетворенными. Пациент, будучи единственным сыном должен был по примеру отца и к тому же, как отец бы того хотел, обладать «твердым характером». По содержанию, эти ожидания относились, прежде всего к справедливости, а также к деятельности, усердию, аккуратности, верности, обязательности, пунктуальности и учтивости. Они переживались пациентом в рамках эдиповой ориентации на объект, как существенную часть его и решающим образом моделировали его Я — идеал. Любое отклонение от этого образа строго наказывалось отцом различными санкциями или игнорированием.

В случае этого больного речь шла о состоянии после операции на межпозвоновом диске, с болевым синдромом при тенденции к депрессивной структуре невроза.

На первом плане были названные симптомы. В качестве актуального конфликта выступили длительная болезнь и проблемы с тещей, на базе обостренного чувства «справедливости».

Ступень 3: ситуативная поддержка

Мы спросили больного, как он и его жена до сих пор пытались преодолевать вышеупомянутые проблемы. Поскольку его жена доставляла ему много забот, вовлечение ее в психотерапию означало для него большую эмоциональную поддержку. Впервые у них была возможность вместе решить свои проблемы. На этой ступени супруги проходили релаксационный тренинг по *Jacobson* (1938). В дополнение к этому пациент получал антидепрессанты.

Ступень 4: вербализации

В связи с интериоризированными нормами социализации следует коснуться и обсудить также завышенные требования Я — идеал, исходящие из взаимоотношений с отцом. Были применены методы раскодирования, которые позволили больному осознать свои эмоциональные желания и вытесненные импульсы и подчиниться им.

Благодаря позитивному процессу, было возможно обсудить амбивалентные установки самостоятельности и независимости по отношению к отцу. Его смерть была для больного шансом, впервые в своей жизни, задуматься над вопросами о смысле жизни, смысле смерти и жизни после смерти. Так, постепенно, он сумел поставить под вопрос свою защитную позицию, взглянуть на проблему: самостоятельность — зависимость с новой точки зрения и найти, впоследствии, удовлетворяющий подход к своей потребности в поддержке. Исходя из этого, следовало четко и ясно представить травмирующие отношения с тещей.

Находясь в таком внутреннем конфликте, пациент до сих пор пытался, опираясь на свою привычную «концепцию учтивости», «вынести» всю остроту создавшейся жизненной ситуации, ведь он не мог открыто выступить против своей тещи.

Попытка шантажа явила собой тяжелейшее нарциссическое оскорбление, которое он вынужден был подавить скрывая агрессию. При этом ему не удавалось различать то, что ему нужно было выносить, так как он не мог этого изменить, и то, что ему не следовало выносить, так как он мог бы это изменить. После фазы негативизма («Есть ли вообще возможность разделаться с таким количеством проблем?») внимание было обращено на лежащий в основе содержательный аспект. Сильная потребность в справедливости была фоном всех высказываний больного: сначала это касалось его заболевания, в другой раз — его работы, затем брака и в особенности тещи.

Справедливость была лейтмотивом, вокруг которого сгруппировалось множество пережитых ситуаций несправедливости. Казалось, что в нем заработала «программа справедливости», которая иногда лишала его контроля над реальностью. Дифференциально-аналитический опросник позволил выявить очень дифференцированную оценку себя и других. С пациентом и его женой на этой ступени прорабатывалась, прежде всего, актуальная способность *Справедливость* (см. ч. II, гл. 1). Он осознал, что его выбор профессии полицейского и его отношения с «полицейскими противниками», с коллегами и подчиненными, и с его тещей характеризовались обостренным чувством справедливости. Это в свою очередь было связано с его видением мира.

Ступень 5: расширение системы целей

Супруги регулярно и пунктуально приходили на назначенные сеансы. Оба проявили себя достаточно гибкими. На консультациях установились доброжелательные отношения, врач — больной. После начального сопротивления жена пациента оказалась готова соучаствовать в процессе семейной терапии. Пациент был искренен, рассудителен и в связи со своими страданиями расположен принять необходимость изменения. С помощью жены он перенял терапевтическую роль по отношению к своей теще: осознал, что ее проблемы были связаны, прежде всего, со смертью мужа и проявились, в связи с переездом и обусловленной этим изоляцией. Тема «смерть» была противопоставлением в коммуникации:

Я стремлюсь поверить во что-то абсолютное (в Бога?), но мои сомнения перевешивают. Короче говоря, у меня нет веры... Смерть — это единственная уверенность в жизни. Я желаю себе, чтобы, коль скоро пришел срок, она прошла для меня быстро и безболезненно. Я не хотел бы быть в тягость ни себе, ни другим людям. Поскольку душа обитает в мозге, а не является, как раньше считалось, «розовым облачком» вокруг сердца, покидающим после смерти мертвое тело, мне трудно поверить в жизнь после смерти. Так как при смерти биохимические реакции в мозге прекращаются, то и душа все же оказывается «в ведре». Пока еще никто не вернулся к нам и не рассказал, как это происходит на самом деле.

Партнеры сумели преодолеть сужение своего поля зрения. Они научились не переносить конфликт на другие сферы отношений, они стали открывать для себя новые, возможно никогда прежде не пережитые цели. Лечение составило 25 сеансов. Боли, субъективно и объективно, стали значительно меньше, что согласно проведенному через год контрольному обследованию имело стойкий эффект. Пациент был представлен коллегам на неделе психотерапии в Бад Наухаймере. Высказывания супругов были записаны на видеопленку.

Приложение: опросник к *дископатиям*.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Ощущаете ли Вы себя «согнутым жизнью»? Считаете ли Вы себя, скорее «несгибаемым человеком» или думаете, что Ваш «хребет сломан»? Какие еще Вы знаете пословицы и поговорки?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашем заболевании?
- 3) Знаете ли Вы релаксационные методы и интервальный тренинг, применяете ли их?
- 4) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы как действуют эти лекарства и какие побочные эффекты возможны?
- 5) Довольны ли Вы своей профессией? Какое значение имеют трудолюбие и работа в Вашей жизни?
- 6) Беспокоитесь ли Вы о своем профессиональном будущем, о пенсии, увольнении, переквалификации? Что значит для Вас жизнь, если Вы не можете больше работать?
- 7) Замыкаетесь ли Вы в себе, порываете социальные контакты или сокращаете их?
- 8) Есть ли у Вас такие «аллергические пункты» типа: аккуратности, чистоплотности, пунктуальности, трудолюбия, послушания, бережливости, обязательности и т.д., от которых Вы сразу «размякаете» или приобретаете «широкую спину»? Чувствуете ли Вы себя «распятым» или «высоко держите голову» и пытаетесь «держаться осанку»?
- 9) Переживаете ли Вы, в последние 5 лет, разлуку, в связи с разводом, переездом, смертью ?

- 10) Какое влияние оказывает Ваше заболевание на Ваши установки к собственному будущему и Ваши перспективы на будущее? Надеетесь ли Вы на свое физическое восстановление?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни: стимул, цель, мотивация, жизненные планы, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание, как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

7. Заболевания крови

Способность «плотью и кровью» (ср. «кровью и потом») реагировать на перегрузки, конфликты и «неудовлетворимые потребности»

Определение

Под анемией понимают патологическое уменьшение красных кровяных телец (эритроцитов) или снижение уровня гемоглобина. Если вследствие заболевания кроветворных органов (костный мозг, селезенка и лимфатические узлы) число белых кровяных телец (лейкоцитов) начинает превышать норму, говорят о лейкемии. При гемофилии (болезнь несвертывания крови) речь идет о сниженной или отсутствующей способности крови к свертыванию. Если в кровеносном сосуде образовалась «пробка» из свернувшейся крови, говорят о тромбозе. Сепсисом или заражением крови, называют тяжелое инфекционное заболевание, возникающее в результате внезапного попадания болезнетворного микроба в кровеносное русло.

Симптоматика

При анемии больной испытывает слабость, вялость, снижается работоспособность. Кожа и слизистые - бледные. Дыхание поверхностное; человек часто страдает головными болями. Высока подверженность инфекциям. Типичные симптомы лейкемии — это общая слабость и утомляемость, снижение массы тела и аппетита, бледность, склонность к кровотечениям, подверженность инфекциям и иногда лихорадка. В процессе заболевания возникает анемия, так как в результате чрезмерного образования лейкоцитов подавляется образование эритроцитов. У людей, страдающих несвертываемостью крови, часто бывают изменения в коленных суставах, так как при различных ушибах или нагрузках возникают массивные кровоизлияния в суставы, которые впоследствии очень плохо рассасываются. Тромбозу больше всего подвержены глубокие вены нижних конечностей и таза. В пораженной вене возникает сильная боль, можно прощупать уплотнение венозного сосуда. Если на месте поражения ранения возникает септический очаг, то образуется и полоса покраснения, направленная к сердцу, отражающая путь распространения по сосудам возбудителя гнойного процесса, одновременно реагируют региональные лимфатические узлы. Высокая температура, озноб, рвота и понос, также могут возникать как проявление общей интоксикации организма. Растет частота пульса (до 140 уд/ мин).

Транскультурный аспект и эпидемиология.

Пернициозной анемией заболевают преимущественно лица старше 30 лет. Эта форма анемии почти не встречается в Японии и в тропических и субтропических регионах. В год лейкемией заболевают 40 — 50 человек из 1 млн, в Германии ежегодно заболевают лейкозами 950 детей. Свыше 75 % этих больных могут в настоящее время быть вылечены. В Японии заболеваемость выросла до 1460 на 1 млн человек, вследствие атомной бомбардировки. Гемофилией страдают преимущественно мальчики и мужчины. Примерно 33 % больных старше 40 лет после крупных операций имеют осложнения в виде тромбоза глубоких вен ног.

Обзор литературы

Психогенные кровотечения были описаны *Lewis и. Lewis (1975)*. Они возникают при нереализованных импульсах кого-то ударить, например, на тыльной стороне ладони и протекают с сильными болевыми ощущениями. В дальнейшем эти авторы указали также на феномен религиозной стигмизированности.

Green (1966) обнаружил, что у многих больных лейкемией заболеванию предшествовали тяжелые шокоподобные переживания, вызванные смертью партнера или кого-то из родителей, потерей или сменой места работы. Нередко эмоциональный шок имел место многие годы назад и казался уже преодоленным. Классическая психосоматика сегодня, как никогда, сильно заинтересована заболеваниями крови.

Пословицы и народная мудрость

Кровь стынет в жилах; исходить кровью (ослабевать, изнемогать); высасывать кровь, выжимать соки; вызывать недовольство, ярость; это вошло в мою плоть и кровь; кровь вскипела у меня в жилах; «Есть ли у Вас проблемы?» — «Нет!» — «Бывают ли у Вас проблемы с Вашим мужем?» «Никогда. Но иногда мне хочется его убить! »

Притча: «Чудо рубина»

См. ч. II, гл. 11

Аспекты самопомощи: развитие заболеваний крови с точки зрения позитивной психотерапии

Влияние нервной системы на кровь многообразно. При симпатическом влиянии не только повышается давление и изменяется распределение крови, но и изменяется сама кровь. При стрессе повышается содержание сахара и жиров в кро-

ви; гормоны (например, адреналин) усиленно выделяются в кровь, нарастает свертываемость крови и ее готовность к защитным реакциям, т.е. повышается температура («У меня вскипает кровь!», «Это волнует мою кровь!»), увеличивается число белых кровяных телец и т.д. К противоположным реакциям приводит ваготоническое влияние. При шоке крайне высокое свертывание крови приводит к чрезмерному потреблению факторов свертывания крови, что впоследствии может сопровождаться кровоточивостью. Эти реакции при сегодняшних душевных травмах более опасны, так как они могут повышать риск внутренних кровотечений. Напряжение любого рода всегда сказывается на том органе, который у человека наиболее восприимчив и реактивен, при определенных обстоятельствах ослаблен, и этим органом в полной мере может быть кровь, которая, как мы видели выше, подвержена психофизическим нагрузкам. Почему «выбирается» именно эта форма переработки конфликтов, в существенной мере зависит от приобретенного опыта из детства. Часто у родителей больных заболеваниями крови бытуют концепции типа: «Все бессмысленно», «Нужно принимать все как есть». В родительском доме на конфликты реагировали активацией воображения, фантазии, причем чаще в негативном направлении. Воспитанный таким образом человек, в свою очередь, реагировал неуверенностью. В качестве органа-мишени он выбирает при психической нагрузке и конфликтах кровь — символ жизни. Тем самым, он особенно заметно и драматично выражает свою ситуацию. Больные — это часто люди, с хорошо развитой интуицией. Они могут поставить вопрос о смысле жизни, когда переживают неудачу, несправедливость или материальные потери. Мы спрашиваем об этом: в сферах каких актуальных способностей находится смысл? В пунктуальности, аккуратности, верности, деятельности, бережливости, надежде, вере, религии/ мировоззрении, сексе, сексуальности, любви?

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при заболеваниях крови.

Описание случая: «Тело как оружие».

Если у тебя нет для меня времени, если ты изменяешь мне, если ты несправедлив к детям, я скажу «нет» своим телом (38-летняя женщина, страдающая маточными кровотечениями и анемией).

Принцип справедливости преобладает над всеми остальными. Это основной принцип воспитания, при котором на переднем плане находятся отдельные актуальные способности и достижения. Но сама по себе справедливость слепа к индивидуальности человека, безлична. Больная реагировала на конфликты, которые она считала несправедливостью, при этом активизировалось ее воображение: она придумывала решения конфликтов, представляла мысленно желаемый успех и

говорила своему партнеру, на которого была очень сердита, своим телом «нет» при маточных кровотечениях. Главным моментом лечения стали четыре формы переработки конфликтов, прежде всего сфера фантазий/ будущего. Требования «Я - идеал» пациентки были поставлены под вопрос односторонним преобладанием актуальных способностей: *справедливость* (см. ч. II, гл. 1), *учтивость* (см. ч. II, гл. 26), *открытость /искренность* (см. ч. II, гл. 5) и *сомнение*. Лечение состояло из 20 сеансов терапии для партнеров, в рамках 5-ступенчатой модели, где важную роль играли актуальные способности *сомнение* и *уверенность* в связи с агрессивными представлениями.

Актуальная способность «Сомнения»

Определение и развитие: способность поставить под вопрос веру, увидеть возможность выбора и сопоставить альтернативы. Функция сомнения, относящаяся к отдельным актуальным способностям и в меньшей степени к личности в целом, развивается в общении с близкими.

Как об этом спросить? В чем Вы сомневаетесь? Сомневаетесь ли Вы в Ваших способностях? Бывает ли у Вас иногда чувство, что у Вас не та жена (не тот муж)? Бывает ли у Вас впечатление, что Вы освоили не ту профессию? Хотелось бы Вам родиться в другое время, в другом обществе? Бывает ли, что Вы сомневаетесь в своей религии и мировоззрении? Кто из Ваших родителей чаще сомневался?

Синонимы и расстройства: внутреннее противоречие, колебаться, медлить, быть нерешительным, бороться с самим собой, не говорить ни да, ни нет, на пути к решению. Неуверенность, страх, амбивалентность, колебания настроения, тоска, нетерпение, ненадежность, слабость в принятии решения, растерянность, проблемы самооценки, негативизм.

Особенности поведения: сомнение не следует расценивать как слабость, оно является существенной функцией своевременного контроля над реальностью. Сомневается ли человек в себе, в партнере, во всем мире, или в отдельных качествах, с которыми он больше не может ужиться?

Актуальная способность «Уверенность»

Понятие и развитие: способность после состояния сомнения принимать решения, которые уже больше не вызывают чувства вины. Человек способен четко сказать да или нет и идентифицироваться с этим решением. Уверенность, помимо этого, подразумевает качество или интенсивность веры. У ребенка тоже бывают ситуации сомнения. Когда он кричит от голода, он не знает, придет ли кто-нибудь его покормить. По мере того, как мать постоянно оказывает ему внимание, у него

развивается уверенность: «Даже если мои потребности не удовлетворяются немедленно, это все равно скоро произойдет».

Как об этом спросить? Есть ли у Вас (у Вашего партнера) при принятии решения такое чувство, что всё, что Вы делаете, это правильно? Насколько уверены Вы себя, когда Вам приходится (на работе или в личной жизни) принимать решение? Кто из Ваших родителей, чаще внушал Вам уверенность, надежность и спокойствие? Как вели себя Ваши родители, когда Вам приходилось принимать самостоятельное решение?

Синонимы и расстройства: Надежность, твердые убеждения, несомненный, абсолютный, окончательный, определенный, без вопросов, само собой разумеется; на все случаи жизни; непоколебимость. — Упрямство, догматизм, фиксация, фанатизм, защита, амбивалентность, чувство вины, неуверенность, страх, недоверие, безнадёжность, чрезмерные требования.

Особенности поведения: контроль уверенностью и сомнением, является человеческой способностью проверки действительности. В отношении чего, Вы чувствуете уверенность: верности, честности, справедливости, религиозных или мировоззренческих убеждений? Давать возможность, сопоставлять свою уверенность и уверенность других лиц (контакты, обсуждения, решение конфликтов, взаимное понимание и уважение, относительность ценностей).

Приложение: опросник к заболеваниям крови

Ф.И.О. _____ № _____ Дата. _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Бывает ли так, что у Вас «кровь закипает в жилах» или «стынет в жилах»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто сообщил Вам о болезни?
- 3) Какие «мелочи» (актуальные способности, как микротравмы) портят Вам кровь на работе?
- 4) Много ли значат для Вас Ваша профессия и работа?

- 5) Довольны ли Вы своей профессией?
- 6) Задумываетесь ли Вы (или Ваш партнер) о Вашем профессиональном будущем?
- 7) Влияют ли проблемы на работе на Ваши отношения с партнером?
- 8) Влияют ли Ваши партнерские/ семейные проблемы на Вашу работу?
- 9) Могли бы Вы охарактеризовать себя «хладнокровным» или человеком «с горячей кровью» и т.д.?
- 10) Как Вы относитесь к концепциям типа: «Это же не имеет смысла», «Нужно принимать все как есть», «Что с того?»
- 11) Вы скорее оптимист или пессимист? При проблемах Вы скорее фантазируете о попытках решения, желаемых целях и надеждах или страхах, сомнениях и бессмысленности?
- 12) Какое значение имеют для Вашего здоровья, Ваших партнерских и семейных отношений и Вашей жизненной концепции следующие вопросы: Кто я? Откуда я? Зачем я?
- 13) Что для Вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивации, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
- 14) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

8. Язвенный колит и болезнь Крона

Способность реагировать на перегрузки и конфликты своим кишечником и избавляться от них тем же способом, что и от пищи.

Определение

Язвенный колит является остро или подостро развивающимся воспалительным заболеванием толстой кишки, которое обычно поражает прямую кишку, а иногда распространяется также и на тонкую. Нередко, болезнь имеет хроническое рецидивирующее течение. В медицинской литературе этиология этого заболевания характеризуется как неизвестная или не до конца выясненная. Некоторые авторы, как *Singer* и соавт. (1971), *Shorter* и соавт. (1972), *Petzold u Reindell* (1980), придают значение генетическим факторам, другие — инфекционным, третьи — аллергическим, аутоиммунологическим факторам, характеру питания и психосоматическим факторам как причинным.

Болезнь Крона (известная также как региональный энтерит Крона, терминальный илеит или региональный илеит Крона) является хроническим воспалительным заболеванием кишечника. Оно может поражать всю гастродуоденальную зону кишечника, однако, преимущественно, встречается в нижних отделах тонкой кишки. Кишечник нередко поражается сегментарно. В процессе заболевания формируются изменения стенки кишки воспалительного характера с типичным абсцедированием и образованием свищей.

Симптоматика

- Ведущий симптом *язвенного колита* — кроваво-гнойные жидкие испражнения до 30 раз в день, в конце концов состоящие из одной крови. Сопутствующие симптомы — лихорадка, тошнота, рвота, спазмы в животе, боли в животе и суставах, общая слабость и снижение массы тела. Вследствие частых жидких испражнений, развиваются выраженные обезвоживание и анемия. Болезнь начинается нередко уже в подростковом или молодом возрасте. Через несколько недель может наступить ремиссия, однако, как правило ненадолго, через несколько месяцев или лет обычно болезнь разгорается снова.
- *Болезнь Крона* часто начинается остро, со спастических болей в правой подвздошной области. Наряду с периодическими приступами болей харак-

терны хронические, чаще без крови поносы, упорная лихорадка, снижение массы тела, отсутствие аппетита и общее недомогание. Болезнь Крона склонна к хроническому рецидивирующему течению с осложнениями, при этом большая часть больных вынуждены оперироваться по поводу, обусловленного болезнью, сужения кишки или свищей.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Язвенный колит, по данным *Weiner* и соавт. (1957) распространен по всему миру, однако, наблюдается его учащение в США и Северо-Западной Европе.
- Язвенный колит чаще встречается среди городского населения, нежели сельского.
- Заболевание манифестирует чаще всего на третьем и четвертом десятилетиях жизни. Мужчины и женщины заболевают с одинаковой частотой.
- Результаты последних исследований *Thayer и Spiro (1963)* и *Farmer и соавт. (1980)* говорят о частой встречаемости язвенного колита в определенных семьях.
- Если сравнить частоту случаев, то язвенный колит встречается в 2-5 раз чаще, чем болезнь Крона.
- Распространение терминального илеита отмечается по всему миру, чаще он встречается в Северо-Западной Европе и США, причем цветное население страдает значительно реже.

Обзор литературы

Grace и соавт. (1952) выявили, что толстая кишка дифференцированно реагирует на эмоционально-стрессовые ситуации. Депрессивные тенденции приводят к снижению функции толстой кишки, страх перед агрессивными проявлениями — к повышению функции.

У больных колитами, часто обнаруживаются уже в самом начале заболевания типичные особенности личности, которые, по-видимому, являются почвой для развивающегося в дальнейшем заболевания, что показал в своем анализе большого числа историй болезни лиц разных национальностей *Engel (1958)*. Согласно данным многих авторов, этим больным присущи, так называемые, анальные черты характера типа точности, аккуратности, пунктуальности, чувства долга. Об эмоциональной бедности больных колитом писали *Fain (1951)* и *Jorcs (1981)*: они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты. Исследования *Uexkull (1986)*, *Wirsching и Stierlin (1982)* и *Wirsching (1984)* показали, что семьи больных язвенным колитом или болезнью Крона отличаются особенной сплоченностью. Однако при этом, семья очень сильно отграничивается от окружающего мира.

Поговорки и народная мудрость

Наложить в штаны от страха; дрожать от страха; дрейфить; получить нагоняй; покончить, разделаться с чем-либо; отпустить на все четыре стороны; лучше пустой кишечник, чем усталые руки. Богатство или деньги и кал, часто вместе упоминаются в разговорной речи. «Деньги не пахнут» — говорят люди. Существует золотой осел, который «какает дукатами».

Притча: «Белый слон»

Один восточный властелин подарил другому калифу белого слона. Калиф был необычайно рад этому чудесному подарку и ежедневно ходил смотреть на слона.

Однажды он подумал, что было бы хорошо, если бы слон научился говорить, тогда бы они могли беседовать друг с другом. Он созвал всех визирей своего двора и спросил: «Кто из вас может научить слона говорить?» Визирь смотрели на него и один за другим отрицательно качали головами, бормоча себе под нос: «Где это видано, чтобы слоны разговаривали?» И все-таки нашелся один юный визирь, который вышел вперед к калифу и сказал: «Я научу говорить твоего слона, дай мне два года сроку». Калиф обрадовался такому ответу и щедро наградил визиря. Остальные же спросили юношу: «Как можешь ты делать такую глупость? Каждый знает, что слона невозможно научить говорить!» «Да, это действительно так, — ответил им юный визирь, — но почему бы мне не доставить калифу такую радость? Я попросил себе два года сроку, кто знает, что может произойти за это время! Слон может умереть. Смерть может унести нашего почтенного калифа, то же самое может случиться и со мной».

Аспекты самопомощи: развитие язвенного колита и болезни Крона с точки зрения позитивной психотерапии.

Кишечник реагирует на эмоциональное состояние очень чувствительно. В состоянии психофизического расслабления, кишка выглядит обычно бледной, т.е. при этом она слабо кровоснабжается, мало перистальтирует, секреция пищеварительных ферментов снижена. При душевном напряжении кровоснабжение резко возрастает, то же происходит и с перистальтикой, и с секрецией. Активная перистальтика оказывает изгоняющий эффект и приводит в результате к поносу (диарее).

Пациент с болезнью Крона перерабатывает свои конфликты, преимущественно, в сфере тело/ ощущения. Тем самым, он старается избежать конфликтной для него сферы контактов. Часто мы встречаем нервного, нетерпеливого, сверхчувствительного и легко ранимого человека, чья способность расслабиться и наслаждаться блокирована. В сфере разум/ деятельность он склонен к поведению с элементами навязчивостей и ярко выраженным самоконтролем. Его профессиональные достижения тес-

но связаны с его отношением к сфере контактов. Он стремится к тесному общению с узким кругом людей, желая близости, признания и защищенности; с другой стороны, он хотел бы остаться независимым, поскольку очень тесная близость кажется ему угрожающей. Сфера фантазии характеризуется, прежде всего, социальными ожиданиями и страхами. Установки к процессу пищеварения и дефекации формируются решающим образом уже в раннем детстве. Воспитанный в стремлении к чистоплотности, ребенок учится контролировать свои отправления, т.е. сдерживаться и опорожнять кишечник в одно и то же время.

При психотерапевтической работе с больными язвенным колитом, отмечается обычно крайняя выраженность вторичных актуальных способностей, при ограниченных и недостаточно развитых первичных способностях. В семьях этих больных особо ценятся аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, послушание, трудолюбие, деятельность, обязательность, справедливость и вежливость. Постоянно сталкиваешься с концепциями типа: «порядок — это половина жизни», «точность — вежливость королей», «без труда не вытащишь и рыбки из пруда» и др. Внешние контакты, расширение горизонтов и поездки обычно отвергаются под девизом «живи в деревне, честным трудом кормись». Вследствие амбивалентного отношения к родителям, прежде всего к матери, которое заключается в конфликтности процесса привязанность/отделение, недостаточно развиты первичные способности *доверие, вера, надежда, контакты и сексуальность*, однако, заложенные в каждом человеке, они могут быть перестроены.

Если с точки зрения психологии интерпретировать понос при болезни Крона, то это значит, что у больного человека часто бывают проблемы с распределением времени. Собственные клинические наблюдения подтверждают этот подход. Мы часто встречаем людей, которые так же, как и их пищеварительная система, уделяют недостаточно времени тому, чтобы анализировать, дифференцировать и спокойно воспринимать. Вместо этого они очень торопятся сделать выводы: «Время — деньги». Пищеварение означает также способность выводить из организма ненужные вещества. С этой точки зрения, частый стул и понос при болезни Крона могут рассматриваться, как символическая попытка избавиться от чего-то, что не имеет большой ценности для больного, что несет опасность и тревогу (что-то, что нельзя «переварить»).

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при язвенном колите и болезни Крона.

Описание случая: *«Я не знаю, как мне все это пережить!»*

Студент 24 лет в подавленном и тревожном состоянии был направлен ко мне терапевтом. Тихим, прерывающимся голосом, он сообщил в числе прочего, следующее:

Кишечные проявления болезни Крона впервые возникли в апреле 1988 г. Некоторые сопутствующие симптомы, как, например, воспаление в суставах, я заметил еще за полгода до этого. В апреле 1988 г. обострение было связано с одним очень важным экзаменом. У меня были сильные боли в животе, температура, понос и я похудел на 10 кг. Я не пошел к врачу, связав свое заболевание с экзаменационным стрессом, а только принимал некоторые лекарства, которые приобрел в аптеке. Спустя 3 мес. я снова заболел, во время отпуска в Америке. Симптомы были те же, только тяжелее настолько, что я вынужден был прервать мой отпуск и пролежал 4 нед. в больнице в Германии, пока мне не поставили наконец диагноз. Еще через 3 мес. болезнь снова обострилась, только протекала в более легкой форме, снова в связи с экзаменом. Я снова заболел 4 недели назад, однако не вижу связи с какой-нибудь определенной причиной (...).

Когда мне было 12 лет, мои родители развелись, что было для меня очень тяжелым переживанием, хотя я все же и радовался, потому что без моего отца стало значительно спокойнее. У меня всегда были большие проблемы с моей сестрой. Ее всегда предпочитали мне. Наши отношения не улучшились и по сей день. Я бы не дал ей свой костный мозг, если бы это потребовалось! Я не знаю как это пережить и забыть...

Чтобы заинтересовать больного психотерапией, я воспользовался его высказыванием, что он не знает, как ему все это «пережить и забыть». Поскольку, он все видел в черных красках, я рассказал ему притчу «Белый слон». Затем обсуждались его планы на будущее. Ему стало понятно, что все требует времени, но подчиняется восточному выражению: «Каждая темная ночь имеет свой светлый конец!» Этот подход сильно заинтересовал больного, потому что в нем он увидел, как лучше можно преодолевать «неожиданности». Проблемы были рассмотрены в рамках пятиступенчатой терапии: речь шла о страхе перед экзаменами, проблемах с сестрой, потере смысла и отчуждении от родного дома. Негативное восприятие себя и других касалось актуальных способностей: *справедливость* (см. ч. II, гл. 1), в отношении своей сестры и *учтивость* (см. ч. II, гл. 14), которые были интенсивно проработаны. Лечение было завершено за 25 встреч. Это дало больному возможность увидеть свои проблемы под иным углом зрения и, таким образом, успешно показало их относительность.

Приложение: опросник к болезни Крона и язвенному колиту

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Можете ли Вы иногда сказать о себе, что «наложили в штаны от страха»? Позволяете ли Вы иногда событиям «идти своим чередом»? Може-

те ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?

- 2) Кто сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы как они действуют, что Вы можете от них ожидать и каковы побочные эффекты?
- 4) Общаясь с коллегами, сотрудниками, начальством, достаточно ли времени Вы уделяете тому, чтобы внимательно выслушать, спокойно все взвесить и «переварить», прежде чем начнете «анализировать»?
- 5) Есть ли у Вас коллеги, которые Вам «не по вкусу»?
- 6) Являются ли профессиональные проблемы для Вас «трудно перевариваемыми» или лежащими «камнем у Вас в желудке»? Какого рода эти проблемы? Каких актуальных способностей (микротравм) они касаются?
- 7) Какое влияние оказывает Ваше заболевание на Вашего партнера, Вашу семью и другие межличностные отношения? Какое влияние оказывают Ваш партнер и Ваша семья на Ваше заболевание?
- 8) Довольны ли Вы отношениями с партнером?
- 9) Часто ли Вы бываете с партнером «кислым» (в смысле желудочной кислоты)?
- 10) Ощущаете ли Вы себя опустошенным?
- 11) Избегаете ли Вы различных столкновений, из-за страха перед возможными последствиями (учтивость) или стараетесь открыто высказывать свое мнение?
- 12) Переживали ли Вы в последние 5 лет разлуку с кем-либо, в результате развода, переселения, смерти? Есть ли у Вас страх потерять кого-то из близких Вам людей?
- 13) Что для Вас является смыслом жизни (стимул, цель, мотивация, жизненный план, смысл болезни и смерти, жизнь после смерти)?
- 14) Можете ли Вы воспринимать свое страдание, как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?
- 15) Какие из этих вопросов, тем особенно заинтересовали Вас?

9. Сахарный диабет

Способность самому доставлять себе недостающее тепло

Определение

Сахарный диабет — это болезнь обмена веществ, базирующаяся на недостаточности инсулина. Заболевание характеризуется высокой концентрацией сахара в крови и появлением сахара в моче. Патофизиологическим механизмом диабетического нарушения обмена при инсулинзависимом I типе заболевания (IDDM) принято считать, прежде всего, снижение количества В-клеток поджелудочной железы.

В этиологическом отношении сегодня обсуждается роль генетических факторов (*Balint, 1970*): вирусная инфекция (*Begger et al., 1984*) и аутоиммунные механизмы (*Bleuler, 1954*). *Brogesn u Lenmark (1982)* показали, что стабильность или нестабильность течения ювенильного сахарного диабета в существенной степени обусловлена психосоциальными факторами.

Симптоматика

В легких случаях или в начале заболевания диабет может протекать почти бессимптомно и выявляется иногда только при лечении какой-либо другой болезни. Наряду с повышением концентрации сахара в крови и выделением сахара с мочой, обнаруживаются следующие симптомы: жажда, полиурия, похудание, несмотря на повышенный аппетит и потребление пищи в больших количествах, склонность к кожным заболеваниям (экзема, зуд, фурункулез), часто плохое заживление ран, нарушения потенции и менструального цикла. При дальнейшем течении заболевания, могут возникать хроническая мочевая инфекция и расстройства периферического кровообращения вследствие ранних склеротических изменений в сосудах. Серьезным осложнением является кома, внезапный срыв обменных процессов, сопровождающийся потерей сознания.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Число больных сахарным диабетом удвоилось в последние 25 лет.
- Заболеваемость увеличивается с возрастом; почти 10% лиц старше 70 лет страдают сахарным диабетом.
- Женщины заболевают чаще, чем мужчины.

- Ювенильный сахарный диабет, которым страдают около 10—15% всех диабетиков, чаще манифестирует в возрасте до 3-го года жизни.
- Более часто встречающийся возрастной диабет, при котором по всей видимости, большую роль играет наследственный фактор, обычно появляется у лиц старше 40 лет. Его развитие непосредственно связано с ожирением: у 80—90% таких больных отмечается избыточная масса тела.
- Имеются данные о значительно более частом возникновении диабета у американских солдат, в трансатлантических странах. Это связывается со специфической патогенетической ролью, чувством тоски и одиночества. Боевому стрессу эти солдаты не были подвержены.
- Согласно результатам проведенных исследований, наиболее часто на сегодняшний день, встречается сахарный диабет в Финляндии. За последние 30 лет, число больных в этой стране увеличилось вдвое, возможно, в связи с экологической обстановкой. Дети с сахарным диабетом не только страдают от своих физических ограничений, но и наряду с этим, сталкиваются часто с психологическими и социальными проблемами. Влияние факторов окружающей среды можно проследить примерно у 60% вновь заболевших диабетом считает *Akerblom (1989)*, врач детской больницы Университета в Хельсинки.

Обзор литературы

Наши данные, относительно роли жизненных обстоятельств («life-events»), согласуются с результатами других исследований. Еще *Hinkle u Wolf (1952)* показали в детальных специальных экспериментах, что в истории жизни больных диабетом, реакции на события повседневной жизни, играют важную роль в возникновении, течении и развитии осложнений болезни. Обнаруженные впервые *Cannon (1953)* связи между эмоциональным возбуждением и эндокринными реакциями, в последующем изучались, прежде всего, в направлении стрессовых реакций. Предположение, что они могут иметь значение в этиологии и патогенезе сахарного диабета было высказано *Dunbar u соавт. (1936)*. *Cannon (1929)* и *CoBB (1974)* в многочисленных исследованиях показали, что эмоциональный стресс, страх и тревога, угроза безопасности и длительные разногласия на почве межличностных отношений могут привести, посредством симпатикотонической стимуляции, к повышенному выделению катехоламина и, как следствие, к повышению концентрации сахара в крови и выделению его с мочой. Согласно психоаналитическому подходу, как подчеркивал *Aleksander (1971)* «взаимосвязанный с добыванием пищи базовый конфликт», выражающийся в агрессивных орально-инкорпоративных стремлениях, должен рассматриваться как психодинамический ключевой фактор. Завышенные инфантильные потребности в уходе и кормлении, в основе которых может лежать также унаследованная психологическая несостоятельность,

не могут быть удовлетворены за счет окружающей среды. Через диабетическую симптоматику больной бессознательно стремится к удовлетворению своих желаний.

Пословицы и народная мудрость

Испытывать голод по любви; голод любви; любить сладости; сладкоежка; фиаско в любви; сахарное мочеизнурение; зол тот, кто не любит; кто не может вкусить, становится невыносимым.

Притча: «Золотые колья шатра».

Дервиш, чьей радостью было самоотречение и чьей надеждой был рай, встречал однажды принца, богатство которого превышало все когда-либо виденное дервишем. Шатер господина, раскинутый за городом для отдыха, был из роскошных тканей и даже колья, подпиравшие его, были из чистого золота. Дервиш, привыкший проповедовать аскетизм, обрушил на принца поток слов о тщете земного богатства, бессмысленности золотых колея шатра и бесплодности человеческих стараний. «Как вечны и величественны в противоположность этому святы места! Самоотречение означает высшее счастье». Внимательно и задумчиво слушал принц. Он взял дервиша за руку и сказал: «Для меня твои слова подобны огню полуденного солнца и свежести вечернего ветерка. Друг, пойдем со мной, сопровождай меня на пути к святым местам». Не оглядываясь, не захватив с собой ни денег, ни коня, ни слуг, принц отправился в дорогу. Изумленный дервиш поспешил за ним: «Господин! Скажи мне, ты всерьез собираешься совершить паломничество к святым местам? Если так, подожди меня, чтобы я мог захватить свой плащ паломника». С доброй улыбкой принц ответил: «Я оставил все свое богатство: моих коней, мое золото, мой шатер, моих слуг и все, чем я владел, нужно ли тебе возвращаться только из-за твоего плаща?» «Господин, — удивился дервиш, — объясни мне пожалуйста, как можешь ты оставить все свои сокровища и добровольно отказаться от своего царственного плаща?» Принц проговорил медленно, но весомо: «Мы вбили золотые колья шатра в землю, но не в свое сердце!».

Аспекты самопомощи: развитие сахарного диабета с точки зрения позитивной психотерапии.

а) Патология и физиология

Винный сахар (глюкоза) содержится в крови каждого здорового человека, но в количестве не более 1,1 г на 1 л крови. Нормальная концентрация сахара в крови

натощак колеблется в пределах 70 — 120 мг %. При концентрации свыше 120 мг % развивается состояние, предшествующее диабету. Только когда содержащаяся в крови глюкоза превысит 180 мг % почки оказываются не в состоянии реабсорбировать это количество сахара, и он начинает выделяться с мочой. К повышению концентрации сахара в крови и соответствующему выделению его с мочой приводит недостаточная продукция поджелудочной железой инсулина. Секреция инсулина регулируется также вегетативной нервной системой и гормональными влияниями. Адреналин и норадреналин тормозят секрецию инсулина, глюкагон повышает ее. Благодаря такому вегетативногормональному реактивному циклу, целостный человеческий организм находится в высшей форме: он готов и к борьбе, и к бегству. Концентрация сахара крови может сильно возрасти. Смысл этого процесса состоит в том, чтобы удовлетворить за счет большой концентрации глюкозы возросшую потребность в энергии при возможной борьбе или бегстве.

б) *Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения.*

Тело: хронический «голод по любви» больной диабетом утоляет защитным образом при помощи еды, особенно сладостей. Вследствие выросших ограничений, которые выставляет сахарный диабет, часто возникают страх и чувство безысходности. Часть больных реагирует на потерю автономности отчаянием и равнодушием. Другие «вытесняют» или просто отрицают свое заболевание, некоторые протестуют чрезмерным потреблением пищи и спиртных напитков.

Профессия /деятельность: в сфере рассудок/ деятельность, больные диабетом, отличаются дисциплинированностью и точностью. Обычно им несвойственны решительность, честолюбие и экспансивные стремления.

Контакты: в сфере контактов часто присутствует негативный опыт. Чрезмерная потребность больных диабетом в зависимости и изнеживании в редких случаях может устраивать партнеров. Несмотря на разочарование, такие больные относительно редко расстаются со своими партнерами обычно из-за силы привязанности.

Фантазия /будущее: в конце коцов, стремление к чему-то также может быть попыткой скрыться от «суровых» будней, по крайней мере в воображении, во всепозволяющих и всемогущих представлениях быть тем и получать то, что недоступно в реальности. Поскольку больные часто ощущают себя обделенными судьбой («Почему именно я, а не другие?») и воспринимают свою болезнь как великую несправедливость они нередко теряют веру в Бога. Актуальные способности: *справедливость, сомнение, обязательность, верность и привязанность* особенно выраже-

ны у диабетиков. Возможны для перестройки *любовь, вера, надежда*, а также *деятельность*.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия и раннее развитие.

На фоне конституциональной предрасположенности к сахарному диабету, заболевание развивается под влиянием определенных установок и поведенческих особенностей в семье, поскольку домашние традиции в питании, типа концепций: «еда и питье укрепляют душу», «нет ничего лучше хорошего обеда» и т.д. определяют то значение, которое в дальнейшем человек придает еде.

Больные диабетом часто ощущают себя в детстве брошенными родителями и другими близкими на произвол судьбы или чрезмерно опекаемыми. Детские потребности в безопасности, защищенности, внимании и терпении удовлетворяются недостаточно или односторонне. Эмоциональный холод учит детей компенсироваться при помощи приема пищи, что родители отчасти даже сознательно приветствуют.

В семье нередко складываются нестабильные отношения с сильными волнениями и тревогами. Родители не способны соответствующим образом решать свои конфликты. Отношения с братьями и сестрами также часто бывают сложными, поскольку здоровые братья и сестры завидуют особому положению больного ребенка. Хотя контакты с другими людьми достаточно развиты, на первое место здесь, тем не менее, выходят радости яств и лакомств. Интересы в других сферах в большинстве случаев в таких семьях бывают недостаточно высокими.

Фантазия также подчинена преимущественно сфере тела и питания. Сильно повышенные голод и жажда, к тому же регулярные инъекции инсулина и соблюдение диетических предписаний как бы затребовали все силы больного. Все вращается вокруг сферы организма и ощущений.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта.

Теперь мы постараемся обобщить психологическую ситуацию, в которой, находится больной сахарным диабетом. Какие радости доставляют сладости дети понимают с раннего детства. Сладкое дается как награда, сладким бывает утешение, очень сладка любовь. «Сладким» называют человека, если он симпатичен и мил. Если польстить человеку («подсластить»), то легко можно обмануть его: манить его сахаром (или любовью), но так, чтобы он не смог дотянуться. Если человек получает: «кнул и пряник», это значит, что он одновременно подвергается наказанию и ласке.

Практические дополнения к этому аспекту самопомощи содержатся в опроснике в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиэтапный процесс позитивной психотерапии при сахарном диабете

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Описание случая: «Хороший пример уменьшения расходов в здравоохранении».

Начало терапии. Ко мне обратился больной 41 года с сахарным диабетом I типа, диабетической полинейропатией и начальной стадией диабетической нефропатии (сопутствующая симптоматика: потливость, тошнота, рвота, потеря массы тела, депрессия, тревожность, суицидальные мысли). Он выглядел очень подавленным, был полон страхов и мог говорить, только тихим прерывающимся голосом. С 1976 г. больной периодически находился то на амбулаторном, то на стационарном лечении, а в последние 3,5 года до начала психотерапии он почти все время проводил в стационаре. Чисто медикаментозная терапия не привела к сколько-нибудь устойчивому успеху. По оценкам самого больного, ему уже пришлось потратить на свое лечение около 3 млн. марок. Мы совместно выработали позитивное толкование, в соответствии с которым его диабет рассматривался как проявление его способности доставлять самому себе недостающее тепло. Эта интерпретация удивила пациента и пробудила его любопытство. В ходе последующих бесед, он принял ее как основу для дальнейшего пути.

Данные о течении заболевания до начала психотерапии

Начало заболевания	май 1976 г.
Первое исследование сахара крови	788 мг/дл
Первая попытка лечения в стационаре	май- декабрь 1976 г.
Средние цифры сахара крови в 1976 г.	400- 800 мг/дл
Ежедневная доза инсулина в 1976 г.	200- 300 Ед
Пребывание в стационаре	апрель 1983 г.- декабрь 1985 г.
Средние цифры сахара в крови	400- 800 мг/дл
Сахар в крови в декабре 1985 г.	195- 600 мг/дл
Hb A1 (в норме до 8%)	13,7%

Ступень 2: инвентаризация

Терапевтический процесс: для развития симптоматики центральную роль играли следующие события:

а) События жизни («Life-events»): первые проявления симптоматики в мае 1976 г.

- 1) *Профессиональные события*: в январе 1976 г. оставил свою работу и приобрел профессиональную самостоятельность. Изменение сферы деятельности привело его к значительному эмоциональному перенапряжению.
 - 2) *Супружеские проблемы*: они появились в июле 1976 г., когда, будучи предельно занят, больной слишком мало времени уделял супруге. Его жена не работала, их брак был бездетным. Недостаток времени субъективно переживался женой как недостаточное внимание к ней.
 - 3) *Февраль 1977 г.*: супруги строили свой дом, что было сопряжено со значительными финансовыми и временными затратами.
 - 4) *Март 1979 г.*: больной впервые узнает о неверности своей жены, что оценивает как утрату доверия. По его представлениям, верность была существенным компонентом брака.
 - 5) *Январь 1981 г.*: неожиданно умирает отец больного, к которому он испытывал амбивалентные чувства.
 - 6) *Апрель 1982 г.*: чередование стационарного и амбулаторного лечения привело больного к эмоциональной перегрузке и хроническому дефициту времени. В это же время возникли навязчивые стремления к достижению успеха и пунктуальности.
 - 7) *1985 г.*: вследствие постоянного пребывания больного в стационаре, фирма обанкротилась. Общая задолженность, составила более 2 млн. марок. Пациент стал получать социальную помощь.
 - 8) *Июнь 1985 г.*: супруга больного добилась развода, еще во время его пребывания в стационаре, что вызвало у него чувства неуверенности и беспомощности.
- б) Микротравмы*: накапливаясь, все эти события приобретали для пациента травмирующий характер. Появилась патологическая реакция горя, подкрепленная профессиональной перегрузкой, нестабильным протеканием болезни, социальной изоляцией и страхом перед будущим. Пациент реагировал сильной эмоциональной возбудимостью, в частности, психосоматически перерабатывая свои желания. Это накопление травмирующих событий (подобно тому, как «капля камень точит») привело к тому, что отдельные сферы личности больного приобрели повышенную чувствительность к конфликтам. Беспреостанное раздражение этих чувствительных зон (например, *достижение, пунктуальность, доверие, верность, обязательность, совестьливость*; рис.17) вызывало состояние напряжения, которое опосредованно через вегетативную нервную систему, гормональную регуляцию и системы органов приобрело устойчивый характер и стало возникать самостоятельно. Пациент постепенно обучался содержательно понимать свое поведение через призму этих доступных понятий. Тем самым был расшифрован язык «организации» (Sgoen и De Loos, 1973) его болезни.

в) *Базовый конфликт*: актуальная конфликтная ситуация и ее концептуальная оценка зависят от истории жизни больного. В семье, в которой он воспитывался, отношения между родителями и детьми были эмоционально бедными и сильно ориентированными на вторичные нормы социализации. Отец был очень доминантным и ориентированным на достижение, пациент ощущал внутренний разлад в своей семье. В возрасте 9 и 13 лет, он предпринимал попытки самоубийства, которым его родители не придали большого значения. В 13 лет он покинул родительский дом и с тех пор вынужден был рассчитывать только на самого себя. Он изнурял себя работой в трудных условиях, одновременно с этим получил аттестат зрелости, учился и поступил на службу. Межличностные отношения, внимание к соб-

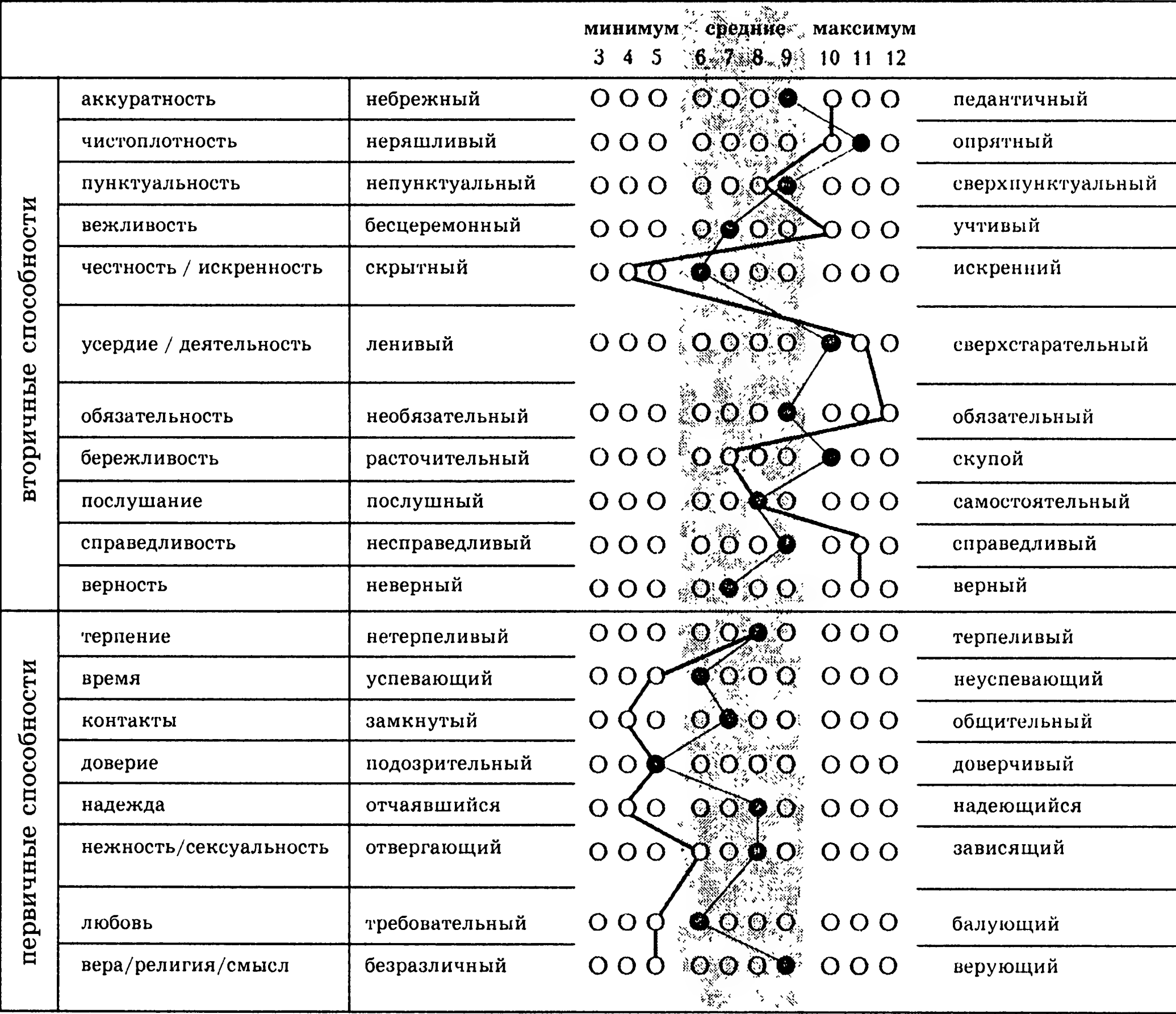


Рис. 17. Профиль способностей: нормы социализации как микротравмы.
В начале психотерапии, в январе 1986 г. (пунктирная линия),
и по окончании терапии, в феврале 1987 г. (сплошная линия).

ственному организму и здоровью, а также вопросы о смысле своей деятельности он игнорировал или считал пустой тратой времени. Пациент осознал эту сложную динамику процесса своей социализации, благодаря чему ему стали яснее и его эмоциональные проблемы.

Ступень 3: ситуативная ободрение

Терапевтический процесс: в результате проведенной на предыдущей стадии инвентаризации жизненных событий, больной увидел конкретные альтернативы и возможности развития в тех сферах, где ощущался дефицит (контакты, будущее), которые вместе с тем он воспринял как потенциальные потребности и включил их в репертуар своей деятельности. В этой связи он обучается прогрессивной мышечной релаксации по *Jacobson (1938)* как пассивному методу и интервальному тренингу по *Peseschkian (1977a)* как активному снятию напряжения. При этом он проявил относительно большую, спонтанную восприимчивость к суггестии. Он был рассудительным и мобильным и соглашался с психотерапией, поскольку смысл его болезни и ее взаимосвязь с его прежним развитием стали для него осознанными. Сначала прояснились аспекты, которые внесли вклад в его профессиональную ситуацию до начала болезни. Убеждение, что они не будут мешать его дальнейшему развитию, уменьшило в нем его прежние пессимистические настроения относительно перспектив на будущее.

Лекарственная терапия: антидепрессанты типа Saroten 25 мг, одна капсула на ночь.

Ступень 4: вербализация

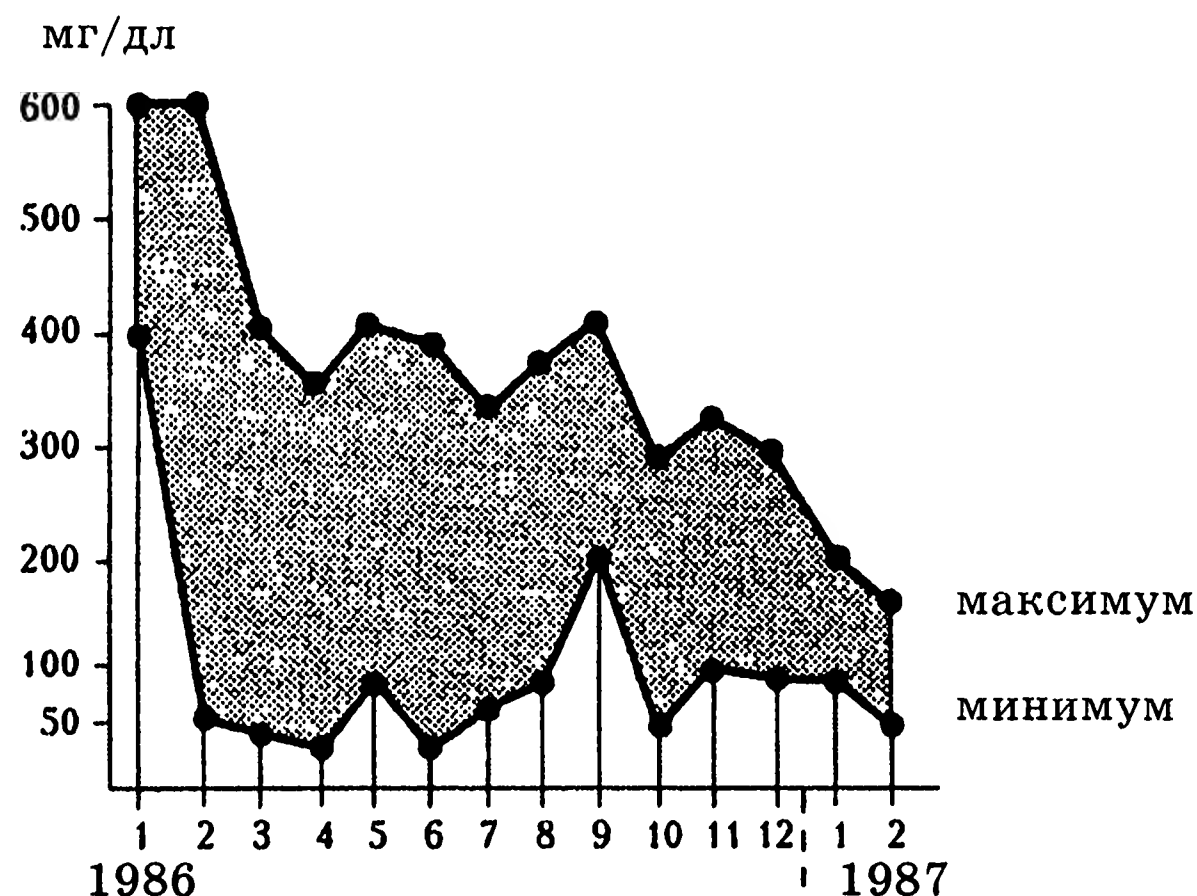
Терапевтический процесс: пациент постепенно научился осознавать (*учти-вость/ прямота*) те желания, которые он раньше отрицал, приобрел представление о таких своих желаниях и потребностях, которые не допускались его прежней концепцией о собственных возможностях. При этом, у него иногда возникали страх утраты и кратковременные попытки возвращения к прежнему, что проясняло для него самого его внутренний процесс.

Пациент, помимо прочего, сообщил: «Трудности в моем браке я вижу в том, что я был очень занят на работе и мало уделял времени своей жене...» Новая партнерша пациента на этой стадии была привлечена к терапии. Она была при всей своей сдержанности надежной опорой в дальнейшем терапевтическом процессе до тех пор, пока он после обострения в сентябре 1986 г. не расстался с ней (обсуждение и рис.18).

В середине четвертой стадии пациенту была рассказана притча «Золотые колья шатра», в центре внимания стояла актуальная способность «*усердие/ деятельность*».

Актуальная способность «усердие/ деятельность»:

Определение и развитие: способность и готовность, в течение длительного времени, придерживаться по большей части, напряженного и утомительного образа действий для достижения определенной цели. Усердие и деятельность, служат критерием общественного успеха, которые награждаются престижем и уважением.



Время	Показатель сахара крови, мг / дл		
	максимум	минимум	широта разброса
1 января	600	400	200
2 февраля	600	53	547
3 марта	400	41	359
4 апреля	356	38	318
5 мая	400	81	319
6 июня	386	38	348
7 июля	330	62	268
8 августа	376	83	293
9 сентября	400	200	200
10 октября	276	46	230
11 ноября	310	96	214
12 декабря	283	86	197
1 января	196	86	110
2 февраля	146	42	104

Рис. 18. Сахарные кривые, среднемесячные показатели в январе 1986 г. – феврале 1987 г., 45 терапевтических встреч.

Игра, является в развитии ребенка предпосылкой трудолюбия и достижений. В школе усердие - это проявление серьезных намерений. Человек жертвует обычно менее значимыми удовольствиями. Быть усердным удастся в чем больше том случае, когда человек ощущает решение какой - то задачи как нечто значимое.

Как спрашивают об этом: кто из Вас больше ценит усердие и достижение? Есть ли у Вас или были раньше профессиональные проблемы? Недовольны ли Вы своей профессией или Вашими коллегами по работе? К чему Вы склоняетесь больше: к семье или работе? Хорошо ли Вы чувствуете себя, если Вам вдруг нечем заняться? Довольны ли Вы школьными или профессиональными успехами Ваших детей? Как Вы пришли к своей профессии? Кто из Ваших родителей больше ценил усердие и достижения?

Синонимы и расстройства: быть активным, интересоваться, создавать, быть занятым, использовать время, уклоняться от чего-либо, не найти работы, не проявлять особого рвения в чем-либо. — «Бегство в работу», карьеризм, стремление к достижениям, стресс, перенапряжение, усталость, конкурентная борьба, зависть, агрессия, страх, лень, «бегство в одиночество», желудочные расстройства, нарушение сна, головные боли, алкоголизм и лекарственная зависимость.

Поведенческие особенности: человек нуждается не только в информации в смысле образования, ему необходим также эмоциональный базис, чтобы стать господином этого образования. В учености следует различать: образование и образованность. Если Вы недовольны своей профессией, то нужно уточнить, действительно ли Вы не удовлетворены Вашей профессиональной деятельностью или раздражаетесь по поводу неустраивающих Вас сопутствующих обстоятельств (несправедливость подчиненных, соперничество между коллегами и т.д.)? Если «достижения» становятся очагом конфликта, это вовсе не значит, что целью является ограничение деятельности, напротив, следует форсировать развитие других сфер, контактов или отношения к самому себе.

На этой ступени, последовательно перерабатывались выросшие на основе актуальной способности *усердие /деятельность* конфликты, которые касались патологической реакции горя и психосоциальных норм *бережливость, время и верность* и были важны для коррекции невротического состояния.

Ступень 5: расширение системы целей

Терапевтический процесс: пациент, который до начала психотерапии был ориентирован исключительно на достижение и считал свою профессиональную деятельность главным источником самооценности, точно и непременно осуществ-

ляя ее, вследствие своей болезни, развода и статуса нуждающегося в социальной помощи был поставлен в условия перманентной фрустрации. Помимо прочего, до начала психотерапии он писал следующее: «Смысл жизни — я не вижу его, иногда я сожалею, что родился на свет. Я уже часто желал себе смерти, однако, боюсь лежать в гробу. Я очень плохо представляю себе кремацию: как черта в пропасти». Пятая ступень подготовила выход из психотерапии; одновременно с этим она укрепила дух больного, придав ему силы так планировать свое будущее, чтобы сохранять и улучшать свое здоровье, успехи и партнерские отношения. Большое влияние оказала, прежде всего, история «Золотые кольца шатра»; его жизненная концепция приобрела новые аспекты. С одной стороны, он возобновил профессиональную активность, воссоздал свое предприятие и примерно через год достиг того положения, которое имел до начала болезни; с другой стороны, у него уже не было необходимости искать свою самооценку только в профессиональной деятельности. Он расширил круг своего общения. Терапия проводилась в течение 3 мес. В 1988 г. он вновь женился, сделав выбор по новым критериям. Социально-политические вопросы приобрели для него особое значение. По поводу вопроса о смысле, который рассматривался на пятой стадии, при обсуждении веры, религии и церкви, он написал: «Вопрос о смысле жизни занимает меня часто и уже давно, однозначного ответа у меня нет. Смерть и завершенность стали понятны мне довольно поздно, со смертью моего отца. Он всегда встает передо мной, в моем страхе смерти. Иногда, когда мои дела идут хорошо, я могу себе представить смерть».

Обсуждение — эпикриз

Изменениям и психической сфере соответствует и изменение соматического состояния. Принятие больным позитивного толкования и начало психотерапии, уже через месяц привели к заметному улучшению (февраль 1986 г.). В ходе лечения, длившегося 14 мес., впервые за многие годы, заметно снизились максимальные значения биохимических показателей, а в конце курса ощутимо уменьшился диапазон колебаний концентрации сахара в крови (см. рис.18), а также существенно уменьшились применяемые дозы инсулина (рис.19).

Больной все больше становился способен, вопреки болезни, активно планировать свою жизнь. Он убедился, что его показатели сахара крови изменялись всегда в те моменты, когда он переставал обращать внимание на какие-то стороны своей Я-концепции. Как пример, он называл качественно или количественно возрастающие нагрузки на работе, которые сказывались на других сферах жизни или конфликтах, которые он не мог по этой причине адекватно воспринять, например, разрыв со своей новой партнершей (в сентябре 1986 г., ср.: рис.18), появившиеся у него после развода с женой. Изменения его установок отчетливо видны на рис.17.

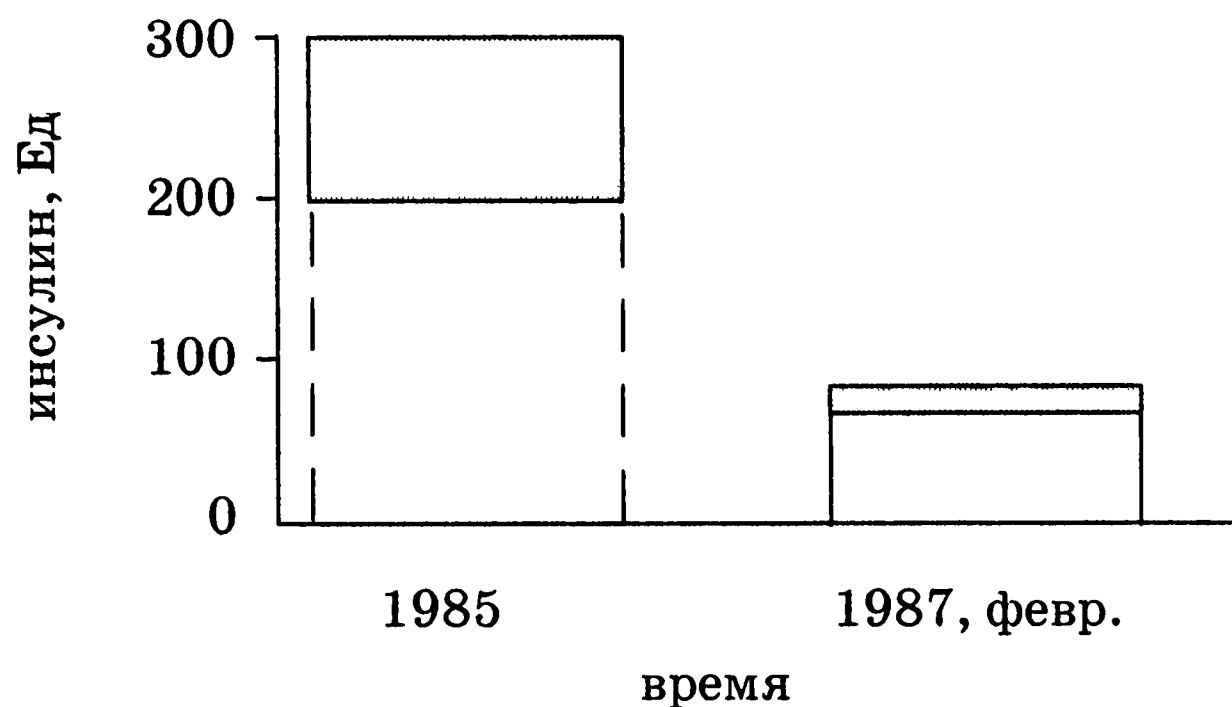


Рис. 19. Ежедневные дозы введения инсулина.

В предложенном случае становится ясным, что психосоциальные факторы играют решающую роль как в возникновении заболевания (события жизни, микротравмы, базовый конфликт), так и в его течении. Эти факторы могут быть конкретизированы в ходе терапевтической беседы с помощью ДАО (*Peseschkian, 1977, S.70*) и Висбаденского опросника к методу позитивной психотерапии (*Peseschkian, Deidenbach, 1988*).

Спустя три года, пациент женился, воссоздал свою фирму, самочувствие его значительно улучшилось. Он сам сообщил о терапевтическом процессе на Неделе психотерапии в Бад Наугеме в 1988 г., а также выступил перед различными врачебными обществами (Висбаден, Франкфурт-на Майне, Мюнхен и Берлин).

Приложение: опросник для больных сахарным диабетом

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазия/ будущее.

- 1) Часто ли Вы «выходите из равновесия» в своем общении? Есть ли ощущение, что Вы сами вынуждены давать себе «недостающее тепло»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания?
- 2) Кто и когда впервые сообщил Вам о Вашем заболевании?

- 3) Боитесь ли Вы оказаться белой вороной, не участвуя в общей трапезе (надежда) — ведь так часто в современном обществе фрустрации компенсируются посредством еды и питья?
- 4) Позволяете ли Вы себе нарушения диеты в периоды ремиссии?
- 5) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 6) Довольны ли Вы своей профессиональной деятельностью? Сильно ли выражены у Вас решительность, честолюбие, экспансивные стремления?
- 7) Можете ли Вы открыто выражать свои желания и требования (искренность) в соответствующей ситуации (вежливость)?
- 8) Страдаете ли Вы от чувства одиночества? «Холодно» ли Вам в обществе Вашего партнера или других людей? Ощущаете ли Вы нехватку времени, неаккуратность, непунктуальность, понежливость и т.д. Вашего партнера, как недостаточное внимание к Вам?
- 9) Дарите ли Вы другим людям тепло и любовь?
- 10) Знакомы ли Вам взаимоотношения по принципу «кнута и пряника», случилось ли так, что Вас попеременно то баловали, то наказывали?
- 11) Хотели бы Вы, чтобы Ваш партнер «кормил Вас с ложечки»?
- 12) Считаете ли Вы в настоящий момент ответственным за Вашу болезнь самого себя?
- 13) Считаете ли возможным сделать свой стиль жизни более гибким?
- 14) Часто ли у Вас бывает ощущение угрозы Вашей физической и душевной (профессиональной или личной) безопасности?
- 15) Считаете ли Вы свою болезнь великой несправедливостью («Почему именно я?»)?
- 16) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 17) Можете ли Вы воспринимать свою болезнь как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ ощущения, профессии/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

10. Простудные заболевания и насморк

**Способность перерабатывать «мелочи» повседневной жизни верхними дыхательными путями и тем самым временно завоевывать бережное отношение;
способность показать, что всем этим уже «нос полон»**

Определение

Под простудой понимают острую инфекцию верхних дыхательных путей, которая, как правило, возникает в холодное время года. Холод, тем не менее, не является причиной болезни - он облегчает передачу инфекции.

Симптоматика

Характерен насморк (ринит), катар слизистой носа, который иногда может распространиться на полости носа (синусит) или среднее ухо. Ринит может возникать и без возбудителя болезни, например, вследствие химического раздражения или аллергической реакции на определенные вещества (поллиноз), или вследствие нервных импульсов.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Психосоциальные факторы играют решающую роль в течении заболевания и его преодолении. Статистика и кривые заболеваемости показывают взаимосвязь между психическими факторами и развитием и клиникой инфекционных заболеваний.

От 25 до 40% больных обращаются к врачам общей практики по поводу заболевания дыхательных путей. Частота заболеваний в настоящее время особенно высока у людей в возрасте от 20 до 30 лет. Невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2 — 3 раза чаще и болеют ими дольше, чем все население в среднем.

Обзор литературы

Lewis и *Lewis* (1975) были первыми авторами, которые указали на то, что восприимчивость человека к респираторным вирусам зависит от его эмоционального состояния. Согласно *Studt* (1986), структура личности определяет специфическую картину болезни и течение инфекционного заболевания. По данным *Herrmann* и

Neumann (1986), иммунная система прямо или косвенно участвует в генезе большинства заболеваний. *Frankenhaeuser* и соавт. (1978) считают, что безделье тоже может вызывать стресс и повышенный выброс катехоламинов и кортизола. *Udelmann* (1982) обнаружил временную взаимосвязь между уменьшением Т- и В-лимфоцитов и изменением жизненной ситуации. *Labliardt* (1983) считает, что кашель означает в переносном смысле освобождение от невыполнимых эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гневом, агрессией или страхом. Чтобы понять их значение, необходима позитивная эмоциональная диагностика. Для *Jankovic* (1989) иммунная система является мультисистемой, от которой неотделима эндокринная и нервная системы, так что их следует рассматривать как целое.

Пословицы и народная мудрость

Он раздосадован, задет (распустил соплю); на дух не переносить кого-то; потерять голос; безмолвствовать; лишиться дара речи; быть толстокожим (с толстой слизистой); во все совать свой нос. Врач спрашивает пациентку: «Как Вы себя чувствуете?» Больная: «Не очень хорошо. Я только что 3 раза чихнула. Что Вы на это скажете?» Врач: «Будьте здоровы!»

Притча: «Наберись смелости — сделай попытку»

Однажды царь решил подвергнуть испытанию всех своих придворных, чтобы узнать, кто из них способен занять в его царстве важный государственный пост. Толпа сильных и мудрых мужей обступила его. «О, вы, подданные мои, — обратился к ним царь, — у меня есть для вас трудная задача, и я хотел бы знать, кто сможет решить ее». Он подвел присутствующих к огромному дверному замку, такому огромному, какого еще никто никогда не видывал. «Это самый большой и самый тяжелый замок, который когда-либо был в моем царстве. Кто из вас сможет открыть его?» — спросил царь. Одни придворные только отрицательно качали головами. Другие, которые считались мудрыми, стали разглядывать замок, однако вскоре признались, что не смогут открыть его. Раз уж «мудрые» потерпели неудачу, то остальным придворным ничего не оставалось, как тоже признаться, что эта задача им не под силу, что она слишком трудна для них. Лишь один визирь подошел к замку. Он стал внимательно его рассматривать и ощупывать, затем пытался различными способами сдвинуть с места и, наконец, одним рывком дернул его. О чудо — замок открылся! Он был просто не до конца защелкнут. Надо было только попытаться понять, в чем дело, и решительно действовать. Тогда царь объявил: «Ты получишь место при дворе, потому что не полагаешься только на то, что видишь и слышишь, а надеешься на собственные силы и не боишься сделать попытку».



Рис. 20. Наберись смелости – сделай попытку

Аспекты самопомощи: развитие простудных заболеваний с точки зрения позитивной психотерапии

Обонятельные импульсы поступают в лимбическую систему, структуру мозга, которая расположена вокруг ствола мозга и является чувствительной зоной. Человек способен ориентироваться по воспринимаемым им запахам («хороший нюх» или «чуткий нос» на что-то), чтобы в случае «подозрительного» запаха себя защитить. Кроме того, раздражение обонятельных клеток, поступающее от «хорошо» оцениваемой нами пахнущей пищи, приводит к усиленному слюноотделению. Наконец, нос и гортань выполняют также коммуникативную функцию. При насморке человек не ощущает ни запаха, ни вкуса. Больной хрипит; при определенных обстоятельствах он «не может выдать ни звука». В соответствии с позитивной концепцией, эти патофизиологические процессы рассматриваются как имеющие очень большой смысл. Их нужно не устранять, а понимать. Если кто-то простужен, то инстинктивно его сторонятся. Речь затруднена, и на время общение может быть прервано (быть «безмолвным» или «безответным»). К своему организму больной относится хорошо. Физические потребности высоко ценились в его семье. При недомогании пациент получал много сочувствия и внимания («Оденься потеплее!»). В семейной традиции деятельность, с точки зрения усердия и добросовестности, играла очень большую роль и меньшую — с позиции предприимчивости и ответственности. Ребенок реагировал на конфликты родителей высокой подверженностью простудным заболеваниям; он «жертвовал» собой в надеж-

де таким образом вновь объединить родителей. Пациенты, которые не очень связаны внешними обстоятельствами (профессионально или социально), могли наблюдать у своих родителей, что те каждую простуду очень ритуализировали: они хотели «покоя», демонстрировали «плохое настроение» и «холили» свое заболевание очень интенсивно. Было очень важно внешне произвести хорошее впечатление. Достаточно часто возникает несоответствие между тем, какие правила общественного и религиозного характера родители требуют соблюдать и тем, что они сами делают. По моим наблюдениям, заболевший насморком «оскорблен» и желает отстраниться от этой обидной ситуации.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при простудных заболеваниях

Описание случая: «Что общего у таких «пустяков», как микротравмы с простудой?»

Одна 34-летняя пациентка, которая вела себя очень сдержанно, в первом интервью рассказала, помимо прочего, следующее:

С тех пор как в 1983 г. родился наш сын, я часто простужаюсь. После родов мучил 2 — 3 месяца кашель, приступы иногда очень сильные, кашель сухой и влажный. Грудь и горло заложены, днями вообще не могу говорить. Отоларинголог смотрел меня 2 мес. Беспредельно приходится вытирать нос (временами). Раньше такой необходимости не было. Подозревали аллергию. Кортизоновый тест не делали. В институте, при собеседованиях и при одновременных партнерских проблемах — боли в сердце, параллельно — длительные головные боли. Сильные боли в сердце — перед и во время игры в теннис, после сильных волнений. Так же вынуждена оставить курс гимнастики. Кардиолог: адаптационная слабость сердца и стенокардия Принцметалла. Прием лекарств в течение двух лет помогал только эпизодически.

С пациенткой была обсуждена функция хронической простуды, длящегося месяцами кашля и жалоб на сердце: ее простуда показывала, что у нее «полон нос» (ср. «по горло») мелочами повседневности, и что она эти заботы принимает близко к сердцу. Ее спонтанная реакция свидетельствовала о том, что она почувствовала сильную заинтересованность: «Как мне быть со всем тем, что на меня сваливается? Я так больше не могу...» Притча «Наберись смелости — сделай попытку» отражала ее пассивную позицию, а также и ее шансы. Пациентка в 8 пунктах назвала свои трудности, прежде всего развод в 1980 г., новые партнерские отношения в 1982 г., рождение сына, переезд, смерть отца и свекра. В характере течения болезни выявились очень тесная взаимосвязь между перегрузками на работе, фрустрациями в партнерских отношениях и простудами. Здесь мы имели дело с хронизацией симптоматики и реактивным депрессивным состоянием, которое раз-

вилось на основе кумулятивно действовавших факторов. Пациентка была проинформирована о микротравмирующем значении этих событий и их действии на гормональную, иммунную, вегетативную нервную системы. Так она осознала, что ее простуда и кардиологические жалобы стали способом проявления ее профессиональных и партнерских проблем, а также проблем, связанных с будущим:

Мое будущее я никогда не представляла себе ясно. Многие годы моя жизнь, что касается отношений с партнером, дружбы, гармонии в повседневности, уравновешенности в жизни, вплоть до мелочей, — это единая катастрофа. Роль домохозяйки и матери мне очень нравится, мне доставляет радость, когда все довольны, здоровы и счастливы, и я, в известной степени, способствовала этому, потому что старалась... За исключением нескольких дней, на протяжении 7 лет, что мы вместе, я могу сказать, если бы мы с мужем понимали друг друга, я была бы абсолютно счастлива и довольна. Так я пыталась найти свое счастье в том, что у меня есть (здоровый, милый ребенок, сад...).

На этом этапе психотерапия сопровождалась методами релаксации и медикаментозным лечением для уменьшения депрессивной сопутствующей симптоматики. В центре ситуации переноса находились актуальные способности: *верность* (см. ч. II, гл. 35) и *время* (тяжесть времени) (см. ч. II, гл. 33). Они прорабатывались.

Муж, помимо прочего, сказал: «До сих пор я всегда был здоров — у меня была мать, которая долгое время была больна, — я считал это неприемлемым. В последнее время (примерно с 1982 г.) я стал ощущать климатические влияния (например, сильную жару при влажном лете) и заметил некоторую метеочувствительность (головная боль и др.). Спустя 18 мес. я стал чаще чувствовать недомогание, начал опасаться, что потеряю равновесие. Через месяц, правда, мне снова стало лучше. До 25 лет я был в общем-то человеком достижения. Затем я женился, родилось двое детей, о которых я должен был заботиться. Супружеская жизнь текла так же, как и нынешняя. Она развелась со мной после того, как я перешел в другую фирму. Поводом (внешним) были мои подруги, однако, настоящая причина была не в этом, а в моем недостаточном понимании. Я познакомился с моей нынешней женой и был очарован ее теплотой. Она забеременела — мне это совсем не понравилось, поскольку заставило меня принимать решение. Я сделал выбор в пользу моей новой жены — поначалу как бы в «полсердца», затем — отчетливее. Этого она никогда не понимала. Она считает, что я люблю свою первую жену, хотя это не так. Я, во всяком случае, ожидал большего понимания. По мере роста моей готовности таковая моей жены уменьшалась. После развода я женился на ней, хотя беременность уже была заметна. Я также надеялся, что эта женитьба отодвинет некоторые трудности на задний план. Этого не произошло — или только вместе с растущим безразличием...»

Обе смерти (отца и свекра) были поводом поговорить с пациенткой на эту тему, которая прежде являлась для нее табу.

После 10 двухчасовых сеансов она настолько окрепла физически, что постепенно справилась со своими простудными и сердечными жалобами.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Есть ли кто-нибудь, кого Вы «на дух не переносите»? Может, у Вас «полон нос» от кого-нибудь или чего-нибудь?
Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Регулярно ли Вы занимаетесь спортом? Знакомы ли Вы с интервальным тренингом?
- 3) Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 4) Чувствуете ли Вы себя на работе «издерганным»? Чем? Какими «мелочами» (микротравмы)?
- 5) Считаете ли Вы целесообразным самоустраняться в напряженных ситуациях, так как у Вас «нос полон» от этого?
- 6) Избегаете ли Вы контактов, при которых Вам приходится кому-нибудь что-то «выкашлянуть»? Вы пассивный или активный курильщик?
- 7) Соблюдается ли при Вашем заболевании вокруг Вас некоторая «дистанция», которую Вы иначе не можете организовать?
- 8) «Безмолвствуете» ли Вы или «не подлежите контакту», когда у Вас простуда? От чего это защищает Вас? Кого или чего (сознательно или нет) можете Вы таким образом избежать?
- 9) Хотели бы Вы получить «заслуженный» отдых, однако не решаетесь выразить это словами?
- 10) Получаете ли Вы, благодаря Вашему заболеванию, такое внимание, которого в других случаях не имеете в такой форме? От кого? Как?
- 11) Прячетесь ли Вы при разочарованиях обратно в свой «улиточный домик» (вместо того чтобы сказать: «разочарование лучше, чем очарованность!»)?
- 12) Хотели бы Вы лучше «залезть с головой под одеяло», чтобы ничего не видеть и не слышать?
- 13) Какие планы есть у Вас на ближайшие 5 дней, 5 нед, 5 мес?
- 14) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 15) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

11. Заболевания желчного пузыря и желчнокаменная болезнь

Способность при всей внешней приветливости и добродушии внутренне «источать желчь»

Определение

Следует различать дискинезии, острое и хроническое воспаление желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, холангиолит) и образование камней в желчном пузыре или желчных путях.

Симптоматика

Различные фазы патологического развития могут следовать друг за другом, возникать одновременно или быть взаимообуславливающими. Острое воспаление желчного пузыря характеризуется болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой и повышением температуры тела. Хроническая форма заболевания проявляется в виде изжоги, нарушений пищеварения, особенно при потреблении жирной пищи, и болями. Если камень остается в желчном или пузырном протоке, то может возникнуть колика с очень интенсивными, спазмоподобными болями в правом подреберье, которые могут иррадиировать в правое плечо и спину, а также тошнота и рвота.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Заболевания желчного пузыря и камнеобразование обнаруживаются у 15 — 18% всех больных, и они продолжают нарастать. Заболевание поражает намного чаще женщин, чем мужчин. Почти у каждого четвертого старше 60 лет есть желчные камни. На Востоке и в Японии этими болезнями страдают только 3,6 % человек. У лиц негроидной расы это заболевание встречается очень редко. На острове Ява оно еще не известно.

Обзор литературы

То, что эмоции оказывают влияние на секрецию желчи, доказал еще Wittkower (1978). Лица с заболеваниями желчного пузыря, согласно Beck (1970), часто выполняли роль социальных работников. Влияние психотерапевтических вмешательств одним из первых исследовал Karasu (1979). На его подход ссылает-

ся Svedlund (1983). Heslop (1980) также сообщает о стойком эффекте у 60 пациентов с функциональными абдоминальными расстройствами. Wise и соавт. (1982) проводили групповую и поведенческую терапию, Johannsen (1984) — групповую и поведенческую терапию с элементами консультирования.

Пословицы и народная мудрость

Позеленеть от злости; у него разлилась желчь; говорить напрямик, без обиняков (в нем.: без участия печени); камень преткновения; в этом ты можешь не сомневаться; словно муха укусила; вожжа под хвост попала; злость делает все злее.

Притча: «Чудо рубина»

Шейх рассказывал в кофейне, что халиф запретил пение, и у дервиша, когда он услышал про это, все нутро превратилось от горя в комок; изнурительная болезнь напала на него. К больному позвали опытного лекаря. Он пощупал пульс, осмотрел больного по всем правилам своего искусства, но никак не мог найти в толстых книгах по медицине, которые он прочитал, объяснения этой болезни. Многолетний опыт тоже не помог ему.

Дервиш испустил дух. Любопытный лекарь сделал вскрытие и обнаружил там, где боль сильнее всего терзала дервиша, большой камень, красный, как рубин. Когда лекарь оказался в нужде и у него совсем не было денег, он продал рубин. Камень переходил из рук в руки, пока, наконец, не попал к халифу. Тот велел оправить его в кольцо. В один прекрасный день, надев кольцо, халиф вдруг запел. В тот же миг его одеяние окрасилось в кроваво - красный цвет, хотя на теле не было ни единой царапины. С удивлением он заметил, что рубин в кольце забурлил, как кипящее масло, и излился кровью по всему одеянию. Это чудо испугало халифа, и он захотел проникнуть в тайну рубина. Он велел пригласить всех прежних владельцев камня, в том числе и лекаря, который смог открыть тайну рубина.

Аспекты самопомощи: развитие заболевания желчного пузыря и желчнокаменной болезни с точки зрения позитивной психотерапии

Функции желчного пузыря могут быть нарушены как химическими и гормональными раздражителями, так и психическими факторами. Так как эти функции регулируются также внешними мозговыми центрами, заболевания этого органа могут испытывать влияние и даже быть вызваны психическими перегрузками

и конфликтами. У пациентов с заболеваниями желчных путей с большой регулярностью обнаруживается акцент на сфере разум/деятельность. При этом не столько выражено стремление к личному продвижению и успеху в профессиональной деятельности, сколько желание помочь другим. Пациенты видят смысл жизни в выполнении обязанностей и пользе для окружающих при игнорировании собственных желаний. Отношение к своему телу, к ощущениям развито плохо. Экспансивные и агрессивные стремления подавляются. Гнев, злость, зависть и разочарования часто не переживаются как таковые; даже если и ощущаются в истинной форме («Это вовсе не так уж плохо», «Это все мелочи»), больной никогда не станет открыто выражать их и направит против себя самого, что способствует появлению симптоматики. Традиционное сознание у этих людей обычно проявляется очень хорошо. Они соблюдают унаследованные представления о ценностях, почитают обычаи и нормы поведения. В этих семьях жизнь часто идет под девизом «Человек — это ценность, человек отзывчив и добр». Актуальные способности, которые особенно часто акцентированы у больных желчнокаменной болезнью и заболеваниями желчных путей, являются почти навязчивые усилия вокруг *порядка и справедливости*. Эти пациенты трудолюбивы и стремятся к достижениям, хотя всегда существует опасность перегрузки вследствие недостающего результата для себя. Конфликты возникают, прежде всего, в сфере *искренность/учтивость* при чрезмерной скромности и игнорировании своих желаний и подавлении агрессии. Они не осознают, что многие «мелочи» повседневной жизни, которые раздражают (аккуратность, пунктуальность, вежливость и т.д.) суммируются в конфликты и расстройства. Боли имеют смысл в том, что дают заболевшему возможность дистанцироваться от конфликтов и пересмотреть свою точку зрения.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при заболеваниях желчного пузыря и желчнокаменной болезни

Описание случая: «Что общего между печеночной коликой и неверностью?»

Мои расстройства проявляются в печеночных коликах, рвоте, поносах, бессоннице и, когда мой муж дома, частично в агрессивности. Я вообще очень мало мечтаю, во всяком случае, часто не знаю, представляла ли я что-нибудь или нет. Если я что-то воображаю себе, то это обычно как мой муж флиртует с какой-нибудь женщиной или вступает с ней в связь.

Мое замечание в первом интервью о том, что она обладает не только способностью «выливать на мужа яд и желчь», но и делать то же самое внутри с собой, со своим телом, заставило пациентку прислушаться. Притча «Чудо рубина», которую я рассказал ей, сыграла роль медиатора. Она почувствовала себя в состоянии перейти от симптома к конфликту и рассказать о том, почему «зеленеет от злости».

Моя первая желчная колика была в феврале 1979 г. Предшествовала этому связь моего мужа с одной девушкой непосредственно перед рождением нашего сына в августе 1978 г. Об этой измене я узнала, однако, только в феврале 1979 г., когда эти отношения уже закончились. Потом я почти всегда была спокойна, пока на каких-нибудь вечеринках мой муж не начинал опять флиртовать с другими женщинами. Тогда у меня почти каждый раз случалась почечная колика. Совсем плохо стало в августе — сентябре 1981 г. В это время мой муж имел связь с одной замужней женщиной 35 лет. Тогда я была беременна и, поскольку муж не хотел второго ребенка, сделала аборт...

Решающая актуальная конфликтная ситуация характеризовалась кумулятивным эффектом: по времени возникновения симптоматика совпадает со смертью матери, перед которой у пациентки было подсознательное чувство вины, к тому же мать всегда предупреждала ее: «Перестань, а то у меня разольется желчь». Неверность мужа вместе со смертью матери и выходом из церкви пробудила чувство вины.

Пациентка научилась дифференцировать конфликтные сферы (проблемы верности и времени) и позитивные стороны отношений с партнером (трудолюбие, щедрость и общительность мужа).

На четвертой ступени центральным моментом являлось лечение негативной репрезентации себя и других, которая основывалась на конфликтных сферах *учтивость* (см. ч. II, гл. 26), *честность* (см. ч. II, гл. 5), *верность* (см. ч. II, гл. 35) и, прежде всего, *доверие /недоверие*:

Я не доверяю всем посторонним людям так же, как и моему отцу. Проходит очень много времени, прежде чем я вступаю в разговор, если другой человек не начинает его сам. Когда я себя преодолеваю, мне дается это легче. Я испытываю доверие к тем людям, которые понимают мое состояние. Если кто-либо злоупотребляет моим доверием, я реагирую агрессивно. Мой муж одинаково разговаривает со всеми людьми и раскрывает тут же все карты, даже если он абсолютно не знаком с человеком.

Актуальная способность «Доверие»

Определение и развитие: способность быть в состоянии положиться на кого-либо и чувствовать себя при этом в безопасности. Способность положиться на определенные качества и возможности и ожидать именно их проявления.

Доверие возникает сначала на почве первичных способностей и способности к любви и вовлекает всю личность в целом в доверительные отношения со всем окружающим миром. С другой стороны, доверие ориентируется на конкретный опыт, приобретенный в отношении актуальных способностей.

Как об этом спрашивают: Доверяете ли Вы своему партнеру? Приводило ли Ваше доверие Вас когда-нибудь к разочарованию (ситуации)? Можете ли Вы сразу доверять чужому человеку, или Вы чаще осторожны? Каким способностям и воз-

возможностям партнера Вы доверяете (честность, верность, трудолюбие, обязательность, пунктуальность)? Верите ли Вы в то, что Вы (Ваш партнер) можете изменить что-то в своем поведении (например, приходить домой вовремя)? Кому из Ваших родителей Вы больше доверяли, с кем Вы чувствовали себя в детстве более защищенным? Доверяли ли Вашей самостоятельности или Вас длительно контролировали?

Синонимы и расстройства: полный доверия, вызывающий доверие, достойный доверия, легковверный, приписывать кому-то что-то плохое, отдать за что-то «голову на отсечение», «это уж как пить дать», на свой страх и риск, принять на веру — крах доверия, недоверие, слепое доверие, разочарование, ревность, ненависть, зависть, отказ, завышенные ожидания, ожидание неуспеха, чувство неполноценности, пессимизм, страх, депрессия.

Особенности поведения: «Верь в Бога, но крепко привязывай своего верблюда». «Вместо недоверия больше точности и честности». Каких качеств, каких людей и каких групп касается доверие или недоверие? Как возникло недоверие, вследствие разочарования или подражания?

На протяжении 28 сеансов пациентка могла рассматривать свои партнерские проблемы во взаимосвязи с актуальными способностями *доверие* и *надежда*. В терапию был вовлечен и партнер. Благодаря переработке микротравм она могла интенсивно заниматься проблемой верности. Позднее она обрела способность увидеть смысл своего заболевания также и в том, чтобы лучше организовать свою жизнь и стать более чувствительной к микротравмам в отношениях с партнером и окружающим миром.

Приложение: опросник к заболеваниям желчного пузыря и желчнокаменной болезни.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Источаете ли Вы иногда «яд и желчь», «зеленеете» ли иногда от злости, не говоря ни слова? При каких поступках окружающих Вас «переполняет желчь»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно своего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) В каких ситуациях возникают Ваши расстройства?

- 4) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 5) Какие «мелочи» волнуют Вас на работе? Как Вы с ними справляетесь? С кем они связаны (шеф, коллеги, сотрудники)?
- 6) Стремитесь ли Вы на работе к личному совершенству и успеху? Высоко ли Вы цените пунктуальность, точность, добросовестность, обязательность? Хотите ли Вы быть лучше, чем «на все 100 %»? Испытываете ли Вы перенапряжение вследствие чрезмерного уровня притязаний? Чувствуете ли Вы несправедливость по отношению к себе?
- 7) Подавляете ли Вы агрессивные чувства? Можете ли Вы сдерживать в себе гнев, злость, зависть и разочарование? Как Вы с этим справляетесь? Какие «микротравмы» вызывают подобные чувства?
- 8) Игнорируете ли Вы свои желания из скромности? Высказываете ли Вы открыто и честно при необходимости свое мнение?
- 9) Есть ли у Вас «мечта детства», которую бы Вы охотно осуществили? Есть ли средства и пути для этого? Что бы Вы стали охотно делать, если бы у Вас не стало больше никаких проблем со здоровьем, на работе или личного характера?
- 10) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 11) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

12. Желтуха

**Способность своим телом выразить бесцветность и безрадостность своего бытия;
способность своей яркой окраской конкурировать с дневным светом**

Определение

Желтуха, или иктеричность, не является самостоятельным заболеванием, а только симптомокомплексом, который может возникать вследствие различных заболеваний печени и желчного пузыря.

Симптоматика

Характерно желтое окрашивание кожи, слизистых и склеры глаза, что обусловливается крайне высоким содержанием желчных пигментов в крови. При механической желтухе каловые массы обесцвечиваются вплоть до белой окраски; при печеночной желтухе кал светлый, а моча темная. При этом отмечаются зуд и замедление пульса. При последней форме желтухи моча окрашивается в красно-коричневый цвет.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Около 85% всех клинических манифестных острых вирусных гепатитов излечиваются без последствий. Из остальных 15% около 1% протекают как острый печеночный некроз с летальным исходом, примерно в 10% случаев возникает рецидив в течение года. В остальных случаях развивается хронический гепатит с дальнейшим переходом в цирроз печени.

Гепатит А и В может передаваться парентеральным (большинство посттрансфузионных гепатитов в США) и непарентеральным путем (эпидемии в Индии и на Среднем Востоке). Чаще он возникает в определенных группах риска (как правило, лица, получавшие внутривенные трансфузии, наркоманы, пациенты после трансплантации почки и др.).

Обзор литературы

По данным *Weizsacker* (1947), в анамнезе его пациентов с желтухой достаточно часто возникал мотив зависти и ревности, которую автор трактовал как эротичес-

кий вариант зависти. По *Herrmann* и *Heumann* (1986), люди, пережившие тяжелые жизненные ситуации, чаще подвергались инфекционным заболеваниям; степень изменения иммунной системы соответствовала степени стресса, вызванного этими перипетиями.

Пословицы и народная мудрость

Вожжа под хвост попала, черная зависть (в нем.: желтый от зависти); позеленеть от злости, показать свой цвет (открыто заявить о своем отношении).

Притча: «Поздняя месть»

Жители одной деревни решили наказать своего сородича и бросили его в яму. Те, кому он навредил, решили: пусть каждый сам учинит суд над ним. Стоя на краю ямы, одни плевали на злодея, другие бросали в него комья грязи. Вдруг в несчастного полетел камень. Тот изумленно посмотрел на бросившего и спросил: «Всех здешних я знаю. А ты кто таков, почему бросаешь в меня камнем?» Человек ответил: «Я тот, кого ты обидел двадцать лет тому назад». Провинившийся удивился: «Где же ты был все это время?» «Все это время, — прозвучал ответ, — я носил этот камень в моем сердце. А теперь, когда я увидел тебя в таком жалком положении, взял камень в руку».

Аспекты самопомощи: развитие желтухи с точки зрения позитивной психотерапии

Функция печени регулируется гормональными и первичными влияниями. Особенно хорошо известно действие адреналина, образующегося в надпочечниках, он реактивирует запасенный в печени в форме гликогена сахар. Избыточное выделение адреналина вызывается симпатическими влияниями. Известное влияние озлобленности на печень можно отразить высказыванием «вожжа под хвост попала» (в нем.: под печень). Органы способны своей функцией реагировать на конфликты и эмоции. Психологический аспект этой болезни уже сам по себе отражен в названии. Желтый — сильный защитный цвет, обладает «сигнальным» значением: Внимание! По-нашему, желтый - это цвет зависти. Страдающего желтухой можно описать как человека, который буквально стремится внести побольше «краски» в свою жизнь и делает первый шаг к тому, чтобы «открыть свой цвет». Он открыто выражает свои эмоции, свой гнев, зависть и дефицит чего-то в определенных сферах своей жизни. Если мы коснемся ситуации воспитания этих пациентов, то часто оказывается, что ребенок был очень любим своими братьями, сестрами, родителями, в семье ему уделялось много времени и терпения, в то время как в отношениях родителей между собой, ребенок часто ощущал напряжение и

конфликты. Нередко господствовал девиз: «Доверие хорошо, а контроль лучше!» (ср.: «Доверяй, но проверяй!»). Также в результате осторожных отношений родителей с окружающим миром развивался страх («Осторожность лучше, чем беспечность!»). Страдающий желтухой переживает свои конфликты телом, контактами и фантазией. Акцентированы актуальные способности *справедливость, верность и сомнение*. Перестраивать следует *доверие, надежду, контакты, усердие и достижение*.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при желтухе

Описание случая: «Тело как ничто»

Свою первую желтуху я перенесла в детстве, когда мы были выселены из Силезии... Я так сильно занята повседневной жизнью, требованиями на работе, проблемами с партнером, общественной деятельностью и обязанностями, что не чувствую, что у меня есть тело (34-летняя пациентка с желтухой, супружескими проблемами, неверностью мужа, перегрузками на работе, проблемами справедливости).

Пациентка, маленькая, стройная, очень жизнерадостная женщина с темными глазами, долгие годы «перешагивала» через собственное тело, игнорировала его и не ощущала. Ее тело взывало к ней нарушениями (желтухой), болями и недомоганием. Отсутствие ощущения собственного тела было равнозначно блокированной способности иметь свои собственные чувства и ощущения, испытывать потребности и говорить о конфликтах. Позитивно истолковывая, тело «приобрело» теперь «цвет». В рамках пятиступенчатой терапии были особо рассмотрены актуальные способности *верность* (см. ч. II, гл. 35), *справедливость* (см. ч. II, гл. 1), *вежливость* (см. ч. II, гл. 26), *прямота / честность* (см. ч. II, гл. 5) и *контакты* (см. ч. II, гл. 15), которые отражали ее нарциссические тенденции. Лечение было завершено за 17 сеансов.

Приложение: опросник к желтухе

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Бывает ли, что Вы «зеленеете от злости», должны иногда «поменять краску» или проявить «свой истинный цвет»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?

- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) Какие «мелочи жизни» (актуальные способности как микротравмы) раздражают Вас на работе?
- 4) Много ли значат Ваша работа и Ваша профессия для Вас и Вашего партнера?
- 5) Довольны ли Вы своей профессией? Влияет ли Ваша профессиональная деятельность на Ваше заболевание?
- 6) Влияют ли профессиональные проблемы на Ваши партнерские отношения?
- 7) Влияют ли Ваши партнерские/семейные отношения на Вашу профессиональную работу?
- 8) Как Вы относитесь к концепциям типа «Это же не имеет смысла!», «Нужно принимать все, как есть», «Что с того?»
- 9) Вы скорее оптимист или пессимист? Если у Вас появляются проблемы, Вы воображаете скорее возможные решения, желаемые цели и надежды или тревоги, сомнения и бессмысленность?
- 10) Какое значение имеют следующие вопросы для Вашего здоровья, Вашей профессии, Ваших партнерских и семейных отношений и Вашей жизненной позиции: Кто я? Откуда я? Зачем я?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

13. Гериатрические проблемы

Способность действовать на основе собственного жизненного опыта и приобретать новый опыт

Определение

По определению ВОЗ, людей в возрасте 61 года и старше называют пожилыми.

Симптоматика

Старость зависит не только от таких внешних факторов, как качество и количество питания и медицинского обеспечения, но и от душевных факторов, которые относительно и, следовательно, изменяемы.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Ответ на вопрос о том, что «возраст приводит к психическим нарушениям» (Fischer, 1983), зависит от культурной традиции. Один взгляд на собранную Объединенными Нациями статистику показывает, что ситуация в Европе существенно отличается от таковой в других странах и на других континентах (табл. 5).

Континент	1975 г.	2025 г.
Европа	17,4	24,7
Сев. Америка	14,6	22,3
Советский Союз / Россия	13,4	20,1
Океания	11,1	17,8
Вост. Азия	8,2	19,6
Юж. Азия	5,0	10,9
Лат. Америка	6,3	10,8
Африка	4,9	6,6

Таблица 5. Доля пожилых людей среди населения (Jork, 1988)

На Востоке семья сохраняет такое единство, которое уже редко встретишь в индустриальных странах. Восточные семьи состоят обычно не только из родителей и детей, но и бабушек и дедушек, прабабушек и прадедушек, дядьев и теток,

кузенов и кузин различной степени родства. Это сообщество представляет собой группу людей, которые чувствуют себя тесно связанными узами родства, даже если они живут отдельно друг от друга. Выражение «В соседнем городе живет мой двоюродный брат, но я его ни разу не видел за 20 лет» на Востоке просто немыслимо. В этих расширенных семьях сложились такие отношения, которые, с одной стороны, требуют участия, интеграции, готовности к общению, а с другой, дают ощущение надежности, эмоциональное тепло и защищенность. Таким образом, восточные семьи выполняют те задачи, которые в индустриальных странах с современным социальным законодательством формально и материально осуществляются службами социального обеспечения.

Это сравнение отчетливо показывает сильные и слабые стороны обеих моделей. Мы обнаруживаем подчеркнутую самостоятельность, которая, в частности, ориентируется на оптимальную способность дойти до отдельного человека. Соответствующие институты, например, службы по уходу за престарелыми (*Sahn*, 1975), помогают ему преодолеть трудности. Поэтому он мирится с тем, что в старости его самого будут обслуживать эти институты. Если вспомнить, что свыше 33 % немцев (бывшей ФРГ) находятся как раз в престарелом возрасте, то становится понятным, насколько необходимо хорошее медицинское обслуживание (*Pescschkian*, 1989).

Обзор литературы

По данным *Kemper* (1989), Зигмунд Фрейд (1942) считал, что у аналитической психотерапии престарелых пациентов мало шансов на успех: «Возраст больных при выборе психоаналитического лечения имеет значение постольку, поскольку у людей в возрасте 50 лет и старше, с одной стороны, отсутствует пластичность душевных процессов, на которой основывается терапия — старые люди уже практически необучаемы, а с другой стороны, тот материал, который следовало бы проработать, продлевает сроки лечения в необозримое будущее. Нижняя возрастная граница устанавливается только индивидуально; юные личности, еще до пубертата, зачастую еще отлично поддаются влиянию». *Heigl* (1978) также считает, что с возрастом шансы на успех уменьшаются. Наш опыт показал, что психотерапия пожилых людей и их близких может быть очень эффективна, если в процессе ее рассматривать все четыре сферы. В рамках эмпирического исследования с 259 испытуемыми (*Peseschkian*, 1987) в 1983—1985 гг. был собран огромный статистический материал. В табл. 6 представлена небольшая его часть, отражающая возрастные аспекты. Она показывает, например, что лица в возрасте 65 лет очень ценят аккуратность, опрятность и пунктуальность; потребность в контактах, напротив, выражена средне или незначительно. Однако, этой группе не свойственны отчаяние и разочарование: доверие и надежда чаще оцениваются достаточно высоко («высоко» и «средне»).

Пословицы и народная мудрость

Розы, цветущие поздно, самые прекрасные; каждому столько лет, насколько он себя чувствует; и на старуху бывает проруха; заботы старят прежде времени; не следует посылать старика, чтобы купить осла, и мальчика — выбирать женщину (*персидская пословица*); старика нужно уважать, юношу следует учить, мудреца нужно спрашивать, с дураком следует мириться (*немецкая пословица*).

Актуальные способности	Оценка				
	очень высоко	высоко	средне	мало	очень низко
аккуратность	19	21	10	3	0
чистоплотность	14	30	5	0	0
пунктуальность	15	30	0	7	1
вежливость	4	27	20	2	0
искренность	2	19	30	2	0
усердие/трудолюбие	1	23	28	1	0
обязательность	17	31	5	0	0
бережливость	5	30	17	1	0
послушание	8	24	15	4	2
справедливость	16	34	3	0	0
верность	16	30	7	0	0
терпение	1	23	20	9	0
время	0	18	31	4	0
контакты	0	10	26	16	1
доверие	0	12	36	5	0
надежда	6	28	21	6	0
сексуальность	6	26	18	2	1
религия	7	5	30	19	2

Таблица 6. Актуальные способности
Распределение в пробе (N=53) среди людей в возрасте 65 – 80 лет.

Притча: «Тайна семени»

Семя жертвует собой ради дерева, которое из него вырастает. На первый взгляд, семя вроде бы погибает, но то вещество, что принесено в жертву, воплощается в дереве, его ветвях, цветах и плодах. Если бы это семя не было пожертвовано для дерева, то не смогли бы появиться ни ветви, ни цветы, ни плоды.

Аспекты самопомощи: гериатрические проблемы с точки зрения позитивной психотерапии

В Европе старость обычно воспринимается негативно, иначе, чем в некоторых странах восточных культур. Снижение физической активности, болезни, изменения обмена веществ, окончание профессиональной деятельности, социальная изоляция и безнадежность влияют на восприятие жизни, в свою очередь обуславливающее ощущение *Тело-Я*. Порой многолетней привычкой, разводом или смертью, разлученной с партнером, они ищут себе занятие в жизни, которое могло бы увлечь и утвердить их. В подавляющем большинстве они находят его в одной из двух сфер: во-первых, в собственном организме, возрастные или болезненные изменения в котором создают почву не только для многолетних размышлений, но и для бесчисленных консультаций у различных врачей. Выявляемые нарушения становятся предлогом, позволяющим поддерживать контакты, и являются тем занятием, в котором они нуждаются.

Второй момент можно охарактеризовать как «проблемы справедливости»: после того, как многие годы жизни были пожертвованы детям, теперь в этом уже нет необходимости, возникает ощущение своей ненужности. Наши наблюдения показывают, что у многих пожилых людей в Германии, в молодом возрасте особо значимы были сферы достижений и тела, в то время как контакты и фантазии (вопросы о смысле) были развиты в меньшей степени. Этим объясняются проблемы поколений. В аргументах за и против включения старых людей в семью решающую роль также играют актуальные способности как сформированные в процессе развития субъективные ценности.

Практики, изо дня в день сталкивающиеся с подобными установками, поведением и жалобами пожилых людей, нуждаются в такой ситуации в ориентирующей помощи, которая позволила бы им избежать характерных тупиков и найти выходы в лабиринтах переживаний престарелых людей. В качестве такой ориентирующей помощи, в известной степени как компромисс, служит модель позитивной психотерапии, которая помогает практику сделать свое вмешательство терапевтичным, т.е. ведущим к решению. На практике это выглядит следующим образом: мы спрашиваем о том значении, которое симптом имеет для пожилого человека и его социальной группы, пытаюсь выделить при этом и позитивные аспекты: Какие позитивные аспекты имеет этот возраст? Что значит для меня тот факт, что я старею? и т.д.

Практические дополнения к этому аспекту самопомощи в конце главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при гериатрических проблемах

Описание случая: «Старость почти всегда делает седым, но не всегда мудрым»

Инженер в возрасте 67 лет обратился ко мне в связи с депрессией и мыслями о самоубийстве. К терапии была привлечена его супруга. Она произвела на меня впечатление очень скромной, аккуратной, опрятной и «миролюбивой». Типичная конфликтная сфера была выявлена следующим образом:

Муж: В сентябре 1982 г. мы продали наш дом в N., поскольку постепенно хотели переехать в собственную квартиру в W. В это же время я прекратил активную деятельность в одном гастрономическом предприятии, которым я владел вместе с двумя моими компаньонами. Одновременно я сложил с себя свои почетные обязанности в различных организациях (городской совет, транспортный союз, прочие объединения). С того же времени я занимался до 1987 г. передачей еще одного моего предприятия, неподалеку от O., моему преемнику, причем улаживание этого вопроса было сопряжено со многими трудностями и неопределенностями.

В это время меня больше, чем когда-либо, занимали мысли и заботы о том, как все будет дальше. Буду ли я достаточно обеспечен материально, не выбьют ли меня из колеи сложности со здоровьем или же, быть может, меня одолеет какая-нибудь длительная хвороба, когда я уйду на покой?

Жена: С тех пор, как мой муж перестал работать, с ним стало просто невыносимо. Дома он постоянно должен что-то делать, мастерить и все подряд ремонтировать. Если я ему говорю, что мне бы этого не хотелось или хотелось бы сделать что-то иначе, он становится невероятно свирепым и кричит, что он специалист, что он лучше знает и мне лучше держать язык за зубами. Только потому, что он 40 лет был лучшим работником на своей фирме, он стал теперь домашним тираном.

Объяснение, что оба обладают в настоящий момент способностью действовать на основе своего жизненного опыта и дополнять его, побудило женщину к спонтанному замечанию: «Когда мой муж отказывался понимать меня, мы действовали, не принимая во внимание решающих обстоятельств!»

После того, как супруга, на первых трех ступенях, начала изменять свое поведение в отношении учтивости/прямоты, ей была поставлена задача обогащения своего Я, а для них обоих, рассматривалась переработка конфликтов, касавшихся преимущественно актуальных способностей *учтивости* (см. ч. II, гл. 26), *прямоты* (см. ч. II, гл. 5) и *послушания* (см. ч. II, гл. 21).

Пятистадийное лечение продлилось до 18 встреч. Опросник дал обоим пациентам возможность познать способности и шансы и в соответствии с этим реализовать дальние цели.

Приложение: опросник к *гериатрическим проблемам*

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения: способность поддерживать здоровье

Свою задачу мы видим в позитивных истолкованиях, чтобы помочь пациентам выработать альтернативные установки к своим заболеваниям и таким образом апеллировать к их относительности. Способствовать «изменению точки зрения» и субъективной оценки могут, прежде всего, транскультурные сравнения, касающиеся индивидуальных проблем старого человека.

На первом плане стоит ощущение *Тело-Я*. Как человек воспринимает свое тело? Как он переживает различные ощущения и информацию из внешнего мира?

- 1) Уделяете ли Вы внимание уходу за телом, Вашей одежде, Вашей фигуре?
- 2) Поддерживаете ли Вы себя «в форме» при помощи гимнастики, походов, плавания или других занятий спортом?
- 3) Часто ли Вы делаете глубокий вдох и выдох?
- 4) Можете ли Вы расслабляться при помощи аутогенной тренировки, йоги или других упражнений?
- 5) Следите ли Вы за качеством и количеством своего питания?
- 6) Является ли для Вас еда способом поддерживать или налаживать контакты?
- 7) Придерживаетесь ли Вы диеты?
- 8) Каково Ваше пищеварение?
- 9) Придерживаетесь ли Вы определенного ритма сна и бодрствования (времени ложиться спать и вставать)?
- 10) Цените ли Вы физические контакты и нежность? С кем есть у Вас подобные отношения?
- 11) Есть ли у Вас еще сексуальные контакты или у Вас нет такой возможности или желания?
- 12) Что Вы делаете, когда ощущаете боль? Принимаете ли Вы лекарства? Расслабляетесь? Ведете Вы себя активно или пассивно?

Деятельность: способность оставаться активным

Сюда относятся рассматриваемые нормы деятельности и достижения, как они включены в Я - Концепцию. Мышление и разум позволяют систематически и целенаправленно решать проблемы и оптимизировать деятельность.

- 1) Чем Вы занимаетесь в свободное время?
- 2) Есть ли у Вас хобби?
- 3) Чувствуете ли Вы себя в состоянии еще выполнять «полезную» работу?
- 4) Есть ли у Вас желание начать делать что-то новое (например, изучать иностранный язык, заняться рукоделием)?
- 5) Можете ли Вы помогать окружающим в их школьных или профессиональных проблемах, исходя из собственного опыта (например, помогать детям при выполнении школьных заданий)?

- 6) Могли бы Вы что-нибудь «организовать» (например, поездку, выставку, выступление с докладом)?

Контакты: способность устанавливать отношения и поддерживать их

Здесь важно отношение к самому себе, партнеру, семье; отношение к другим людям, социальным группам, слоям и иным культурным кругам; отношение к животным, растениям и вещам. Социальное поведение определяется индивидуальным опытом и традицией. Наши возможности устанавливать контакты и социально обусловленные критерии выбора, которые управляют этими возможностями, могут быть, например, такими: человек ожидает от своего партнера вежливости, искренности, справедливости, аккуратности, заинтересованности в определенных жизненных областях и т.д. и выбирает себе партнеров, которые в той или иной степени соответствуют этим критериям.

- 1) Какие «актуальные способности» Вы особенно цените в людях, с которыми общаетесь или хотели бы общаться: аккуратность, опрятность, пунктуальность, вежливость, искренность, трудолюбие, обязательность, бережливость, послушание, справедливость, верность, терпение, время, контакты, доверие, нежность, надежда, сексуальность, религия?
- 2) Какие из этих актуальных способностей являются Вашими «аллергическими моментами», которые осложняют или ограничивают контакты?
- 3) Где Вы приобрели подобные установки, кто сообщил их Вам?
- 4) Какие у Вас отношения с Вашими подчиненными?
- 5) Можете ли Вы возобновлять старые контакты, беря при этом инициативу на себя?
- 6) Можете ли Вы взаимодействовать с другими людьми, которые одиноки, и предпринимать что-нибудь вместе (например, организовать клуб по интересам)?
- 7) Могли бы Вы по просьбе сделать что-нибудь для других людей (например, проверить домашние задания у детей, чьи родители очень заняты на работе; по нянчить маленького ребенка...)?
- 8) Участвуете ли Вы в общественной жизни, церковных общинах, в партийной деятельности и т.д.?

Фантазии/будущее: способность представлять себе свое будущее

Интуиция и фантазия возвышаются над окружающей действительностью и могут определять все то, что мы называем смыслом деятельности, смыслом жизни, желаниями, мечтами о будущем или утопией. На способностях интуиции/фан-

тазии и развивающихся на их основе потребностях строятся мировоззрения и религии, которые определяют отношение к далекому будущему.

- 1) На что обычно направлены Ваши фантазии: на тело, бывшую профессию, возможные контакты, философско - мировоззренческие вопросы?
- 2) Есть ли у Вас планы на сегодняшний день и на будущее, которые бы Вы хотели воплотить в жизнь?
- 3) Интересуетесь ли Вы, активно или пассивно, музыкой, живописью, лепкой, литературой? Кто Ваш любимый писатель?
- 4) Какую роль играет в Вашей жизни религия?
- 5) Что является для Вас смыслом жизни? Смыслом здоровья и болезни?
- 6) Задумывались ли Вы над вопросом о смерти?
- 7) Есть ли, по - Вашему, жизнь после смерти?
- 8) Делаете ли Вы что-нибудь для окружающего Вас мира (воздух, земля, растения, животные) или можете активно включиться в такую деятельность?
- 9) Интересуетесь ли Вы политикой?
- 10) Считаете ли Вы мир во всем мире достижимой целью? Что Вы можете для этого сделать?
- 11) Что Вы думаете по поводу единства человечества? Является ли это для Вас целью? Как можно реализовать это единство?

Четыре сферы подобны всаднику, который нацелен на достижение (деятельность) и стремится к цели (фантазии). Для этого ему необходима хорошая ухоженная лошадь (тело) и на тот случай, если она все-таки подведет своего наездника, необходим помощник, который поможет снова оказаться в седле (контакты). Это означает, что терапия не может быть направлена лишь на одну из сфер, а должна учитывать все взаимодействующие области.

14. Выпадение волос

Способность постепенно демонстрировать свое обновление, способность расставаться с чем-то очень личным и заметным образом проявлять свои ощущения

Определение

Поскольку волосы ежедневно растут и обновляются, то небольшое выпадение волос (30 — 50 в день) совершенно нормально. Если же новые волосы не вырастают и образуются участки облысения, то это связано либо с гибелью корней волос, либо с болезненным нарушением, которое зачастую лишь временно затрудняет рост волос.

Симптоматика

Временное выпадение волос, с традиционной точки зрения медицины, может быть обусловлено механическими, химическими, инфекционными и гормональными факторами. Если волосы внезапно начинают выпадать, образуя при этом круглые, величиной с монету, участки облысения, то говорят об очаговом облысении или alopecia areata. Также внезапно волосы могут начать расти снова.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Стойкое выпадение волос неясного происхождения часто встречается у женщин в возрасте около 40 лет. Появление типичных залысин, напротив, характерно почти исключительно, для мужчин в преклонном возрасте.
- Около 50% всех мужчин в Европе со временем «приобретают» лысину. У «первобытных народов» облысение встречалось редко. В некоторых племенах, как, например, массай в Кении, женщины полностью сбривают волосы на голове из соображений красоты, в то время как мужчины отращают длинные волосы. Стоит здесь упомянуть и «скальпы ирокезов».
- Во многих дальневосточных культурах выпадение волос неизвестно.

Обзор литературы

По Lewis и Lewis (1975), очаговому облысению почти всегда предшествует «внезапный нервный шок», вызванный смертью или разлукой с близким человеком, автокатастрофой или финансовыми потерями. Выпадение волос у детей

исследовали Mehta и Griesemer (1975), а также Lewis и Lewis (1975) и установили, что они реагируют таким образом, прежде всего, на чувство покинутости. По наблюдениям Bosse (1986), психосоматические взаимосвязи alopecia areata с психосоматическими факторами, вызывающими болезнь, представляются следующим образом: «Критический обзор очень противоречивых литературных данных (Puchalski и Szlendak, 1983; Whitlock, 1980) пока не позволяют сделать окончательные выводы в этом вопросе».

Пословицы и народная мудрость

Не оставить на ком-то ни одного живого волоса (живого места, раскритиковать); рвать на себе волосы; волосы встают дыбом; съесть все волосы на голове у кого-то (объедать, разорять кого-то); съесть с кожей и волосами (ср.: съесть со всеми потрохами; поплатиться волосами; волос долог, да ум короток.

Притча: «Сигналы Ангела смерти»

Один человек заключил дружбу с Ангелом смерти. Однажды он сказал своему новому другу: «Ты самый успешный во все времена: куда бы ты ни пошел, всюду достигаешь своей цели. У меня есть к тебе просьба: дай мне знать, прежде чем заберешь меня». Ангел смерти согласился. Однажды он явился к своему другу и сказал: «Завтра я приду за тобой». «Как же так, — возразил человек, — ты же обещал предупредить меня заранее». Ангел смерти ответил ему: «Я подавал тебе слишком много знаков, но ты никак не реагировал на мои сигналы. Когда умер твой отец, ты ничего не взял в толк, когда умерла твоя мать, ты не обратил внимания на это мое послание, когда я одного за другим забрал твоих тестя, соседа и друга, ты и на это закрыл глаза. Завтра ты пойдешь со мной». Когда на следующий день Ангел уносил своего друга на небо, он показал ему толпу умерших кричащих людей: «Почему ты заблаговременно не предупредил нас? Мы могли бы довести до конца столько дел!» «Теперь ты видишь, — сказал Ангел смерти, — как люди обращаются с моими сигналами!»

Аспекты самопомощи: развитие облысения с точки зрения позитивной психотерапии

Исходя из того факта, что каждый волос имеет свой корень, а также нерв, волосы можно назвать тоже органами чувств, которые могут реагировать на различные нервные воздействия. Так, становится понятным, что как соматические, так и психические расстройства могут повлиять на количество, рост и цвет волос. Если вспомнить о том значении, которое имеют именно волосы для самооценки человека, то можно понять, что значит потерять волосы, «оставить волосы» и что означает, если человек с подобной симптоматикой реагирует на душевные травмы

или конфликты. В профессиональной сфере эти люди часто усердны и успешны. В этом им помогают их обязательность, точность, пунктуальность и любовь к порядку. С точки зрения нашей позитивной концепции, пациенты с выпадением волос — это люди, которые обладают способностью расставаться с чем-то очень личным, и видимым образом выражать свои ощущения. Перестраивать следует особенно отношение к Я, к своему телу, к ощущениям, а также к способностям в сфере контактов, необходима работа по созданию позитивных установок на будущее.

Когда речь идет о людях с выпадением волос, часто приходится сталкиваться с очень тесными отношениями с родителем того же пола в прошлом, что отражало стремление ребенка к близости, терпению, совместному времяпрепровождению и признанию. У пациентов, которые пережили такие отношения, мы установили, что при потере близких людей они реагируют выпадением волос. Важным критерием прически для них было: «Что скажут люди?» Отношения между родителями — как их воспринимали пациенты — чаще были дистанцированными, деловыми; вторичные актуальные способности играли очень важную роль. Контакты, помимо семьи, избегались. Общественность считалась пустым растрачиванием времени. В семьях, где очень ценились разум и достижения, причем установка к своему телу и волосам чаще была отрицательной, соответственно мало времени отводилось уходу за волосами (Время — деньги!). Вопросы о смысле жизни, «жизненной философии» и т.д. считались бесполезными.

Волосы остригали, чтобы кого-либо обесчестить и наказать, что долго сохранялось в отдельных немецких законах. Рабам не разрешалось носить длинные волосы. У германцев также остриженные волосы считались признаком подчинения. Волосами жертвовали; грешники брили свои головы (что и по сей день делают монахи); скорбящие рвут на себе волосы или пренебрежительно относятся к ним, выражая тем самым свои переживания. У женщин длинные волосы давно считаются признаком женственности и сексуальной привлекательности.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при выпадении волос

Описание случая: “Я просто лишен корней.”

В одном фотоателье со мной заговорил мужчина с густыми длинными волосами: «Вы меня узнаете?» Увидев, что я сомневаюсь, он сказал: «Я... тот, который пришел к Вам с большой лысиной. Сегодня я выгляжу вот так!»

При первом интервью прежде я позитивно проинтерпретировал выпадение у него волос так: «Вашей большой лысиной Вы очень заметно выражаете свои ощущения. Вы, очевидно, вынуждены были расстаться со многим очень личным. Видимо, с Вами многое произошло». Я еще не совсем закончил свое позитивное толкование, как пациент уже начал рассказывать о событиях своей жизни:

1. В начале февраля 1983 г., после возвращения с лыжного отдыха, моя жена обнаружила у меня на голове большой участок без волос.
2. В то же время мы узнали, что мой тесть, который уже давно страдал заболеванием почек и мочевого пузыря попал в больницу, пока мы были в отпуске.
3. Позднее выяснилось, что он болен неизлечимым раком костей; он умер в конце 1983 г. За время его болезни мое очаговое облысение усилилось.
4. Моя тетя, жена брата моего отца, также умерла после непродолжительной тяжелой болезни в марте 1983 г.
5. Я должен упомянуть также и то, что мой дядя, т.е. брат моего отца, с мая по сентябрь 1982 г. лежал в больнице при смерти. В то время, благодаря частым посещениям и долгим разговорам о его судьбе (проблемы на работе, вечный отказ от желаний в сексуальной сфере и развлечений вроде поездок и путешествий, которые не разделяла моя тетя, вместо этого постоянное сидение дома и экономия, экономия, экономия...) наши отношения значительно улучшились и углубились.
6. Одновременно с тем он однажды рассказал мне о том, что всю жизнь любил мою мать и поэтому 18-летним юношей уехал в США; его жена всегда хорошо относилась к нему, была прекрасной хозяйкой и матерью, и то, что она избегала сексуальных контактов, он не может ставить ей в упрек.
7. Наконец, он рассказал мне, что давным - давно, в один из своих приездов он «увел» мою мать, но я ни в коем случае не должен никому ничего говорить.
8. В то время я никак не мог сконцентрироваться на своей работе. Много было недоделано...
9. Я должен был, помимо работы, заботиться о двух новых сотрудниках. Поскольку я, однако, был «не совсем там», я делал это обычно некачественно, на скорую руку. Из-за этого меня мучает совесть.
10. Прежде чем я получил развод в первом своем браке, у меня было очень много проблем. Моим нынешним браком я доволен, однако нас угнетают финансовые обязательства перед первой женой.
11. Я очень много интересовался политикой и хотел изменить сознание людей и отношения. Люди должны активно влиять на историю, не прячась, особенно теперь, когда велика угроза уничтожения в атомной войне и разрушения естественных ресурсов человека. Кто-то объединяется в группы, союзы, профсоюзы, партии и т.д., вносит свой вклад в изменение этих структур и самих себя — каждый на своем месте. При этом я прошел через много разочарований».

Психологическая констелляция до и в начале появления симптоматики

Описанная симптоматика развивалась в непосредственной временной связи с этими событиями, как бы символизируя процесс «лишения корней». Утраты привели пациента к упрекам в свой адрес «Если бы я не...» и — через чувство отвергнутости — к общей проблематике самооценности. Эта реакция полностью соответствует базовому конфликту: пациент был прежде всего воспитан на нормах достижения, обязательности и бережливости. Его мать всегда ожидала от него правильных поступков. Его даже ставили в пример сестрам. В этой ситуации было сформировано сильное сверх-Я с выраженным Я-идеал-составляющим, что в актуальной конфликтной ситуации обусловило особое снижение ощущения само-

ценности. Значение имела также сильная связь мать — сын. После смерти тестя (1983), что было сопряжено с материальными трудностями (бережливость), эта патологическая реакция горя кумулятивно усилилась. На этой почве возникли экзистенциальные проблемы и супружеские конфликты, которые в совокупности с тематикой разлуки не могли быть преодолены собственными силами пациента. Потери имели для него травматизирующий характер. В состоянии беспомощности и безнадежности дело дошло до ресоматизации аффекта в описанной симптоматике. Речь шла о вегетативно-функциональных нарушениях с подтвержденной психической этиологией на основе кумулятивно действовавшей патологической реакции горя и о наслоиившихся в связи с этим вторичных конфликтах (профессиональные проблемы). Возникла тенденция к депрессивной структуре невроза. Органические причины выпадения волос обнаружены не были.

В связи с пережитыми пациентом утратами я рассказал ему притчу «Сигналы ангела смерти». Пациент:

Я был прежде евангелистом, несколько лет назад, однако, вышел из церкви и ощущаю себя «материалистом». Если быть до конца честным, я еще глубоко не задумывался над вопросом о смерти, особенно в отношении себя самого. Вероятно, пришло время сделать это однажды.

Он начал постоянно идентифицировать себя с героями притчи, находить взаимосвязь между «сигналами» и его нынешними проблемами и обозначил это «позитивными аспектами» своих переживаний в связи с потерями. Он больше не был фиксирован на выпадении волос, а видел это в единой взаимосвязи. Таким образом, он оказался в состоянии обнаружить свои ресурсы. Он начал включать в свой жизненный репертуар четыре переработки конфликтов. Для поддержки были назначены тренинг по Jacobson (1938) и антидепрессанты. В этот процесс была вовлечена и его жена; акцент в работе с ней был следующим: как она переживала выпадение волос у своего мужа? Она очень охотно пошла на сотрудничество и оказала большую поддержку в терапии.

В ходе лечения пациент заметил: «Я все больше осознаю, что и в крупных событиях мелочи играют свою роль». Был проведен содержательный анализ четырех форм переработки конфликтов и актуальных способностей: *усердие / деятельность* (см. ч., гл.9), *бережливость* (см. ч. II, гл.25), *справедливость* (см. ч. II, гл.1), *обязательность* (см. ч. II, гл.23), *время* (см. ч. II, гл.33), *контакты* (см. ч. I, гл.15), *надежда и вера* (см. ч. II, гл.36). Здесь мы коснемся только темы «Надежда».

Актуальная способность «Надежда»

Понятие и развитие: способность, исходя из настоящего момента развивать позитивное отношение к своим способностям и таковым партнера, группы. В этом смысле мы надеемся, что завтра, в следующем году или в неопределенном буду-

щем случится что-то, что позволит наполнить нашу жизнь и наши поступки смыслом. Позитивная концепция надежды — оптимизм, а негативная — пессимизм. В своем развитии надежда зависит от опыта и переживаний, которые приобрел человек и от возможностей, предоставленных ему в распоряжение окружающим миром. Надежда, как отношение к будущему, контролируется положительным опытом и разочарованием, которые соотносятся с конкретными актуальными способностями.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас настроен более оптимистично? Какие у Вас есть планы в Вашей личной и профессиональной жизни? Как Вы (Ваш партнер) реагируете в случае разочарования (ситуации)? В каких сферах Вы особенно подвержены разочарованиям (ситуации)? Есть ли у Вас надежда, что у Вас или Вашего партнера все изменится к лучшему (обоснование)? Кто из Ваших родителей был более оптимистичным или пессимистичным? В чем это выразалось?

Синонимы и расстройства: надеяться, рассчитывать на что-либо, давать себе обещание, многообещающий, ожидать, обещать кому-либо что-либо, хвататься за соломинку, видеть все в розовом цвете, видеть все в черном цвете, бессмысленный, безнадежный, недостижимый, нерешаемый, невозможный — безнадежность, неудовлетворенность, пессимизм, жизненный страх, страх смерти, бездействие, суицидальные намерения.

Особенности поведения: «Каждая темная ночь имеет светлый конец». Вместо: «Я же не могу», «Я еще не могу» следует различать то, что можно изменить и то, что нужно научиться выносить (рождение, смерть, прошлое). Я просто жду, когда исполнятся мои надежды или что-нибудь для этого делаю. Даже самая беспросветная безнадежность имеет свои причины, обычно это связано с опытом в сфере отдельных актуальных способностей. Девиз: Каковы реальные корни безнадежности? Несмотря на надежду и самое скрупулезное планирование, остается непредсказуемая часть. Девиз: Я радуюсь надежному будущему, но радуюсь и неожиданностям.

В рамках этой глубиннопсихологически ориентированной психотерапии патологическая реакция горя могла быть переработана. Переструктурирование личности происходило только тогда, когда это было необходимо для преодоления актуальной конфликтной ситуации и устранения симптоматики.

Несмотря на склонную к депрессиям невротическую структуру, его гибкое мышление и возможности развития импонировали позитивному процессу. На протяжении 17 сеансов в течение 6 месяцев как выпадение волос, так и депрессивное состояние больного в значительной степени удалось преодолеть. Он был в состоянии от своих жалоб перейти к заинтересованности вопросами смысла жизни и политическими проблемами, обнаружив между ними адекватную связь, а также научился спокойно обращаться со всеми «несправедливостями». Он замечал, поми-

мо прочего: «После того как я заинтересовался вопросом о смысле моей жизни, я лучше смог понять свое облысение. Это дает мне надежду».

Приложение: опросник к *выпадению волос*

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее.

- 1) Есть ли люди, которые по-Вашему «не оставили бы на Вас ни одного живого волоса»? Можете ли Вы от этого поседеть? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни? Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства?
- 3) Думаете ли Вы о том, что выпадение волос может быть сопутствующим симптомом другой болезни?
- 4) Что Вы делали до сих пор, чтобы остановить выпадение волос? Беспокоит ли Вас облысение с эстетической точки зрения?
- 5) Приходится ли Вам «оставлять волосы» на работе или приходиться с нее «нечесанным»?
- 6) Чувствуете ли Вы в себе возрастающее напряжение или волнение? Какое влияние оказывают проблемы на работе на Ваши партнерские отношения? Какое влияние оказывают партнерские/ семейные проблемы на Вашу профессиональную деятельность?
- 7) Можете ли Вы иногда «рвать на себе волосы» из-за семейных/ партнерских отношений? Из-за чего именно?
- 8) Бывает ли у Вас иногда «гусиная кожа» при общении с другими людьми?
- 9) Переживали ли Вы в последние 5 лет разлуку в связи с разводом, переездом, смертью близких?
- 10) Чувствуете ли Вы себя «лишенным корней» из-за событий, произошедших в последние годы?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

15. Заболевания кожи и аллергия

Способность кожей чувствовать напряжения; сигнализировать при помощи кожи о том, что не может быть выражено иначе, и тем самым достигать того, что раньше не могло быть достигнуто по-другому.

Определение

Нейродермитом называют нервное заболевание кожи, при котором прежде всего на открытых участках кожи (лицо, шея, кисти, локти, под коленями), а также иногда на груди и плечах появляются высыпания.

Urtikaria, или крапивница, характеризуется кратковременным острым образованием волдырей, преимущественно на лице.

При *психогенном зуде* речь идет о болезненном раздражении кожи.

Дерматомикозы — это вызываемые грибами инфекционные заболевания кожи и слизистых. Различают нитевые грибы, дрожжи и плесени.

Понятие «*Tinea*» (пятна) обозначает все инфекции кожи (эпидермии), волос (трихофитии) и ногтей (онихомикозы), вызываемые нитевыми грибами. Обычно речь идет о смешанной инфекции различными возбудителями.

Симптоматика

Для *нейродермита* типичен мучительный зуд, возникающий особенно часто по ночам. Из-за расчесов образуются многочисленные повреждения кожи, царапины с последующим образованием корочек, что в свою очередь приводит к утолщению и огрубению кожных покровов. Болезнь часто начинается уже в раннем детстве в форме так называемого диатеза. В этом возрасте чаще страдают покровы головы, лицо, сгибы суставов и нередко ягодицы.

При *крапивнице* различные по величине, обычно красные кожные высыпания, обусловленные расширением капилляров, вызывают сильный зуд.

Психогенный зуд характеризуется чрезвычайно сильным ощущением раздражения кожи, которое может возникать по всему телу, однако редко затрагивает голову. Может дойти до высыпаний воспалительного характера, которые усиливаются при расчесывании. Латинское слово «*prurigo*» означает «чесаться», а также «похотливость», «сладострастие».

Поверхностное *грибковое поражение тканей* может протекать с почти незаметным повреждением кожи, с другой стороны, могут развиваться тяжелейшие

воспалительные изменения, приводящие к образованию шрамов и нарушающие нормальную регенерацию кожи.

Кожные аллергические реакции: аллергической называется реакция отличающаяся от нормальной, т.е. сверхчувствительная по отношению к некоторым раздражителям. Не каждый человек реагирует на это вещество аллергической реакцией. Мы спрашиваем, что приводит к «аллергической настроенности» (диспозиции)? Вопрос звучит так: «На что я реагирую аллергией?» На родителей, партнера, тещу, шефа, работу, политику, социальную несправедливость? При этом важен содержательный аспект: как проявляется моя «аллергия» при непунктуальности или чрезмерном требовании к пунктуальности, при скупости или мотовстве, при «идеальном порядке» или «хаотическом беспорядке», при неверности, при «помешательстве на чистоте» или нечистоплотности, или если у партнера «никогда нет времени»? При ближайшем рассмотрении мы можем установить, что так называемые мелочи (микротравмы) сенсibiliзируют человека с раннего детства и вследствие хронического стресса оказывают влияние на функции его иммунной системы. Различают аллергические кожные реакции немедленного и замедленного типа. Эти исследования показывают, что бывает недостаточно только десенсибилизации к специфическим раздражителям вроде пыльцы или, например, домашней пыли. Помимо этого, должны быть учтены задеты микротравмами актуальные способности (четыре формы переработки конфликтов, актуальные способности, четыре модели для подражания).

Транскультурный аспект и эпидемиология

- При *Urtikaria*, по мнению многих авторов, причиной считается повышенная аллергическая готовность. Однако, как показали многочисленные исследования, она может быть обусловлена психологическими факторами.
- Каждый второй пациент с угрями не может справиться с проблемой своей кожи в течение более чем 7 лет. Многие из опрошенных (30 %) свидетельствуют, что «карьера их угрей» длится 11 лет и более. При обследовании с использованием Оренбургского личностного теста у каждого третьего пробанда были выявлены высокие показатели по шкале агрессивности, а в случае тяжелого состояния — даже у каждого второго.
- По данным *Ring* (1989), каждый пятый ребенок страдает аллергическими реакциями еще до поступления в школу. Случаи гинекологических микозов, т.е. грибковых заболеваний женских половых органов, по данным *Muenzing-Ruef* (1987), за последние 20 лет участились в 20 раз.
- В отношении кожи транскультурные аспекты играют важную роль. В индейских племенах Северной Америки и среди жителей Кении, например, наблюдается более продолжительный и интенсивный телесный контакт с младенцами и маленькими детьми, чем в европейских культурных кругах.

Обзор литературы

В многочисленных экспериментальных исследованиях, например *Graham* и *Wolf* (1950), *Wittkower* и *Lester* (1963), *Borelli* (1967) и многих других авторов было показано влияние психических факторов на кожу. *Battegay* (1970) указывает, что уже в матке через кожу осуществляется обмен с окружающей средой, а после рождения, особенно на первом году жизни кожа является проводником эмоционального тепла. Если его не хватает, то человек в течение всей жизни будет искать для себя объекты, к которым он может прижаться или которые можно прижать, притянуть к себе. Взаимосвязь между недостаточным физическим контактом и нейродермитом в детском возрасте установил *Spitz* (1957). Для психодинамики вероятно, большое значение имеют страхи, напряжение, подавляемая агрессия и сексуальные стремления. *Alexander* (1971) замечает, что особенно при *Pruritus anogenitalis* зуд бессознательно служит получению удовольствия и может рассматриваться как замещение мастурбации.

Уже многие годы по *Peseschkian* (1990) «...анализируется, дискутируется и отчасти уже признана взаимосвязь между нейродермитом и психикой. В отдельных случаях уже давно наблюдались прежде всего такие психические факторы, как доминантность матери, эмоциональная лабильность больных нейродермитом, агрессивные тенденции, нерешенные сексуальные проблемы; основополагающим знанием о «психических» взаимосвязях мы должны быть благодарны прежде всего *Borelli* (1967), *Rechenberger* (1976), *Ring* (1989), *Braeutigam* и *Christian* (1973) и *Miller* (1965). Вышеназванные авторы в своих работах и исследованиях касаются не только психосоматических аспектов в картине конституционального нейродермита, но и требуют в этой связи — необходимо — пересмотра дерматологии». Решающим для подхода *Peseschkian* (1990) является «аспект целостности», как он сформулирован у *Gielcr* и соавт. (1987): «Учитывать психосоматические аспекты в стационарном лечении кожных больных означает, таким образом, необходимость учитывать как соматодерматологические, так и психодинамические аспекты».

Пословицы и народная мудрость

Он и не чешется (это его совершенно не волнует); это вонзается ему под кожу (это волнует, трогает его до глубины души); не хотел бы я оказаться в его шкуре; чувствовать себя в своей коже (на своем месте); его ничем не прошибешь; и меть тонкую кожу (быть легкоранимым); не мочь вылезти из своей кожи (не мочь изменить свою натуру); навалиться, насесть на кого-либо; это меня не трогает; быть в приподнятом настроении; лезть из кожи вон; показывать когти; одурачить, околпачить кого-либо; прокаженный; кожа как зеркало души.

Притча: «Выбор между коровой и глиняным бочонком»

Один крестьянин долго копил деньги, чтобы купить своей корове очень красивый глиняный сосуд для питья. Поразмыслив, он решил купить что-то вроде глиняного бочонка. В один прекрасный день рога коровы застряли в горлышке бочонка, и корова не могла вытащить из него голову. Крестьянин пришел в отчаянии, когда убедился, что не может вытащить голову коровы из бочонка. Он в своем горе молил Всемогущего Аллаха о помощи. Что оставалось делать? Разбить бочонок, за который он совсем недавно дорого заплатил на базаре? Или зарезать корову? Он стоял как вкопанный, погрузившись в мысли, потом схватил топор и отрубил корове голову. Он хотел спасти хотя бы бочонок, но понял, что и теперь не сможет вытащить голову коровы из него. В полном отчаянии он стал разбивать драгоценный сосуд. Но когда он увидел у своих ног осколки, горько стало у него на душе: он понял, что потерял и корову, и сосуд.

Аспекты самопомощи: развитие кожных заболеваний и аллергии с точки зрения позитивной психотерапии

а) Жалобы и физиология

Кровеносные сосуды кожи и потовых желез реагируют как на физические, химические, так и на психологические раздражители: на холоде сосуды сужаются, то же происходит при испуге, страхе, отвращении и зависти; человек при этом бледнеет или даже «становится белым как полотно». Если жарко, сосуды расширяются, так же как и при стыде или гневе; человек краснеет. Иногда кожа покрывается красными пятнами, особенно шея и верхняя часть грудной клетки, это так называемые гектические пятна, так бывает при стрессе, интенсивных переживаниях или при сексуальном возбуждении («sex flush»). Человека может «бросить в пот» не только при жаре и высокой температуре тела, но и при волнении и страхе (холодный пот ужаса). При неприятных прикосновениях или от пугающих мыслей может появиться «гусиная кожа» и т.д.

Грибковые инфекции являются хорошим подтверждением ослабленности защитной системы организма. При них человек постоянно должен беспокоиться о чистоте. Некоторые грибковые больные — неистовые «фанатики чистоты».

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения.

Предпочитаемой сферой переработки конфликтов, является сфера тело/ощущения. В этом пациент с кожными заболеваниями развивает особые, хорошо дифференцированные, хотя, по-видимому, и противоречивые способности. Его одновременно можно назвать и толстокожим, и тонкокожим. С одной стороны,

его кожа как у слона, толстая, он ни на что, кажется, не обращает внимания. С другой стороны, некоторые вещи он «кожей чувствует», что-то «подзуживает» его, ему хочется «вылезти из кожи вон», хотя он так и не может «расстаться со своей кожей». При такой значимости телесной сферы остальные, естественно, оказываются недоразвитыми.

Способности в сфере профессия/ деятельность не развиваются в оптимальной мере или полностью блокированы.

В сфере контактов могут возникать трудности вследствие амбивалентных установок к общению: потребность в привязанности при одновременном страхе полной близости («кожной близости»). Очень часто возникают проблемы. Вследствие недостаточной открытости и тенденции угождать, подавляя агрессию, быстро появляются разногласия и фрустрация. Если кто-то не может за себя постоять, «высыпать кому-либо», то символически эту задачу берет на себя кожа в форме «высыпаний». И тогда можно дать себе волю чесать, скрести и т.д.

В фантазиях преобладают зачастую лишь односторонние, т.е. негативные, представления и ожидания.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

Если проанализировать историю жизни пациента с кожным заболеванием, то, с одной стороны, можно выявить ранний дефицит в сфере тела и ощущений. Тепло и защищенность, которые большей частью передаются при тесном физическом контакте, т.е. через кожу, часто недостаточны. Мать больными часто описывается как отвергающая или холодная, отец — как человек, у которого постоянно не хватает времени и терпения. С другой стороны, может обнаруживаться утрированная нежность со стороны одного из родителей. В воспитании большое значение отводилось чистоплотности в широком смысле этого слова («*Будь чист*»). В отношениях между родителями ребенок наблюдает либо отсутствие нежности, либо ее избыток. Как позитивные переживания, так и гнев, споры скрывались от детей. К другим людям родители относились скорее сдержанно, недружелюбно или наоборот, старались выглядеть подчеркнуто дружески и гостеприимно. В их представлении большую роль играло то, что подумают о них люди («*Что только об этом могут подумать люди?*»). Установка родителей к вопросам смысла жизни и веры многим больным неизвестна («*Об этом не говорилось*»), или они вспоминали отдельные твердые правила.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

Кожу можно назвать зеркалом психических процессов. Не является случайностью и то, что определенные участки кожи особенно реагируют при аффектах.

Внешний вид, именно внешний вид кожных покровов, особенно много значит для человека. При помощи этого органа можно многое сообщить невербально. По цвету и состоянию кожи мы определяем молод человек или стар, устал он или бодр, хорошо ли чувствует себя «в своей коже», «чувствует ли он кожей» что-либо. Не случайно кожу называют «зеркалом души».

Часто центральную роль играют так называемые мелочи повседневности вроде наших установок на аккуратность, чистоплотность, вежливость, честность, справедливость, пунктуальность и добросовестность, а также на телесный контакт, нежность и сексуальность. Это обычно упускают из виду и сам пациент, и его партнер.

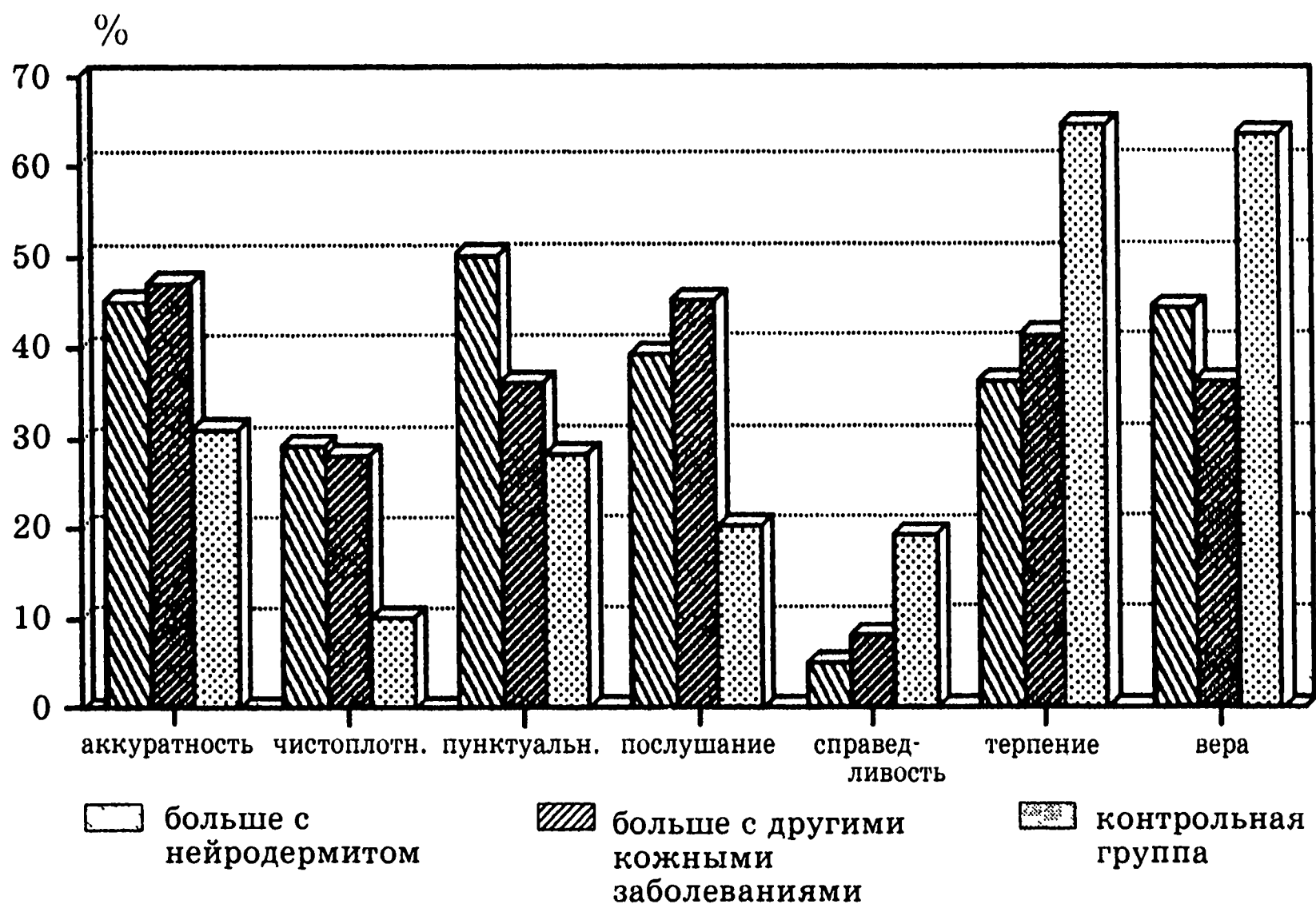


Рис. 21. Оценка определенных актуальных способностей в трех группах

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при кожных заболеваниях и аллергии

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Единственный день любви в году».

Пациент 56 лет, обратился ко мне по совету своего лечащего врача. Он выглядел подавленным и при первом интервью говорил тихим, прерывающимся голосом:

Я страдаю чешуйчатым лишаем. Когда у меня нет высыпаний, я чувствую себя хорошо и комфортно. Когда наступает обострение болезни, с каждым днем площадь высыпаний растет, мне становится все хуже. Когда же болезнь достигает своего пика, она становится причиной большого беспорядка, и я испытываю особое неудобство, когда вижу как выглядят от этого моя комната и непосредственно то место, где я нахожусь. Иногда, правда, бывают моменты, когда я приветствую свою болезнь, потому что предвкушаю уже пребывание в клинике или в санатории. Там я свободен и весел, нахожусь в обществе других людей — пусть всего каких-то 6 — 8 нед — это для меня великолепно, это меня делает счастливым. Мою профессию я выбрал исключительно по соображениям разумности, она меня абсолютно не увлекает, поэтому же мне меньше всего нужна была женщина, которую я выбрал себе в жены. Я женился наперекор всем увещаниям. И вдруг — можно сказать с момента свадьбы — все стало во мне неправильным. Все мои друзья, знакомые, мои увлечения моей женой отвергались, и вообще все, что я делал было неправильным. С 1975 г. я оставил всякие надежды «хоть чего-то» добиться от моего брака. Моим единственным утешением был мой сын, с которым мы очень хорошо понимали друг друга...

Больной оказался в безвыходной ситуации: он хотел многое изменить, но боялся. Я рассказал ему притчу «Выбор между коровой и глиняным бочонком». Он мгновенно среагировал: «Это как раз моя ситуация! Неважно, как я поступаю и какое решение принимаю: оно неверно! Как выбраться из этой ямы?» Позитивная интерпретация о том, что при помощи кожи он создал себе «панцирь», несмотря ни на что, придерживается своих концепций (акт верности), хотя в глубине души тоскует по теплоте общения, поразила его. Он начал рассказывать о своих «микротравмах» в последние годы.

Ступень 2: инвентаризация

«Life-events» и микротравмы.

1. Проблемы в браке в течение 30 лет с лишним.
2. 1965 г.: знакомство с другой женщиной. Намерения развестись с женой!
3. 1966 г.: новое партнерство закончилось, так как жена забеременела.
4. Жена не придает никакого значения сексуальной сфере, отвергая эмоциональное тепло.
5. Жена много лет считает, что она больна и ведет соответствующий образ жизни (ежедневный прием снотворных таблеток в течение 20 лет!).
6. 1985 г.: 80-летняя мать не может больше заботиться о себе сама. Жена отвергает совместное ведение хозяйства. Мать вынуждена отправиться в дом престарелых.
7. Проблемы со здоровьем у матери.

Больной страдает псориазом. Этому сопутствуют симптомы депрессии с чувством тревоги, беспокойством, бессонницей и депрессивная структура невроза. Для развития симптоматики большое значение имели психические факторы. Послед-

ние основывались на эмоциональном перенапряжении, в котором особую роль сыграло заболевание матери. При добрых отношениях матери и сына складывающаяся в последнее время, ситуация пробудила чувство вины.

Пациент не одно десятилетие страдает от супружеских проблем: по соображениям верности и вежливости он остался со своей женой. Супруга замкнута и, кроме наведения порядка (аккуратность, чистоплотность), не имеет никаких интересов или хобби. Многие годы она избегает принимать гостей. К этому же добавились проблемы в связи с отделением сына, которое пациент хоть и принял рационально, но эмоционально с трудом переносит, так как сын многие годы был «лучшим другом» и смыслом всей жизни.

Обращение к предистории обнаруживает временную связь между появлением симптоматики травматически повлиявших событий: партнерские проблемы, заболевание матери, отделение сына. Возникли страх и чувство вины, которые вместе с описанными выше факторами («life-events») превысили психологическую выносливость пациента. До сих пор с этих позиций никто не рассматривал это заболевание, а тем временем оно перешло в хроническую форму. Кожные нарушения пациента вместе с вегетативными проявлениями являются признаком того, как сильно нуждается тело в привязанности и близости.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Взаимосвязи, осознанные на 1-й и 2-й ступенях терапии, способствовали изменению его точки зрения на те проблемы, которые до сих пор он не мог решить. Так появилась растущая заинтересованность в развитии. Пациент смог принять роль больного. Так как аутогенная тренировка сначала не была для него эффективна, с ним проводился релаксационный тренинг по Джекобсону (*Jacobson, 1938*). Он также получал антидепрессанты, чтобы снять эмоциональную подавленность. Эти мероприятия уже сами по себе принесли отчетливое улучшение состояния.

Ступень 4: вербализация

Обсуждались прежде всего те события, которые затрагивали *учтивость* (ср. ч. II, гл. 26), *верность* (ср. ч. II, гл. 35) и *бережливость* (ср. ч. II, гл. 25) пациента, которые, однако, из-за сильного контроля над его Я-силами оказались на заднем плане собственных установок и мотиваций. Одновременно интенсивно обсуждалась сфера *контактов*. Эти формы и последствия стиля общения пациента были перестроены. Были рассмотрены альтернативные формы общения, так как из-за своего дома, в который он вложил много сил и денег, а также из-за своего возраста, не хотел расставаться со своей женой. Она не была готова участвовать в терапевтических сеансах, он взял на себя «роль терапевта» для самого себя и своей жены: целью было ознакомить его с различными способами поведения, установками и формами мышления, предоставив ему, таким образом, возможность решиться со

временем на ту или иную альтернативу. При этом мы учитывали также модели для подражания.

Обсуждение темы совести и связанных с этим сфер смысла жизни, смерти и страдания открыло ему возможность осознать свою точку зрения в отношении «жизненной философии» и пересмотреть свои взгляды на будущее.

Актуальная способность «Контакты»

Определение и развитие: способность устанавливать и поддерживать контакты. Способность устанавливать и поддерживать социальные отношения. Социальный контакт — это форма проявления способности контактировать, которая может быть направлена также на зверей, растения и вещи. В качестве критериев для контактов служат другие актуальные способности: человек ожидает от другого вежливости, пунктуальности и аккуратности, увлеченности определенными сферами интересов и т.д. и выбирает себе партнера в соответствии с этими критериями.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас более общителен? Кто из Вас охотнее провел бы вечер с гостями? Как Вы чувствуете себя, когда находитесь в обществе, где много народу? Трудно ли Вам устанавливать контакты с другими людьми? Как Вы себя чувствуете, когда у Вас много гостей? Кто из Ваших родителей был более общительным? Было ли у Вас в детстве много друзей или Вы чаще находились в одиночестве? Когда Ваши родители принимали гостей, разрешалось ли Вам присутствовать и участвовать в разговоре?

Синонимы и расстройства: занимательный, общительный, встретить, встретиться, ближе знакомить, обмен мнениями, советоваться, прикосновение – скованность, неуверенность, недоверие, повышенная чувствительность, дефицит контактов, завышенные ожидания, изоляция, одиночество, «бегство в общение», финансовые затруднения, депрессии, проблемы поколений, транскультурные сложности.

Особенности поведения: Недостаточно испытывать большую потребность в общении, если Вы ничего не предпринимаете в направлении контактов, посещений, приема гостей, писем, телефонных разговоров, прогулок и т.д. Можно научиться устанавливать контакты и поддерживать их. Принцип общения сам по себе мало полезен, если проблемы в общении связаны с другими актуальными способностями: контакты могут ограничиваться из соображений бережливости, поддержания порядка, чистоплотности, вежливости, пунктуальности и т.д.

Ступень 5: расширение системы целей

Пациент смог четко сформулировать свои цели. Помимо прочего он сказал:

Для меня смыслом этой жизни является вкладывать себя в то, во что веришь, это лучше всего выразить так: «Человек ценен, великодушен и добр!» Мое мировоззрение очень сильно отражает прагматический взгляд моей матери на жизнь.

В целом больной научился видеть связь между своим чешуйчатым «панцирем» и «суженным» взглядом на мир.

В ходе 15 встреч наступило значительное улучшение состояния его кожных покровов и депрессивного состояния.

Приложение: опросник к кожным заболеваниям и аллергии

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/ деятельность — контакты — фантазии / будущее

1. Реагируете ли Вы «раздраженно»? Бывает ли, что у Вас «зудит» высказывать свое мнение? Что Вас «раздражает» в действии? Что заставляет Вас «вылезать из кожи вон»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
2. Кто сообщил Вам о Вашем заболевании?
3. Много ли значения придаете Вы и Ваш партнер Вашей внешности? Большую ли роль играет для Вас косметика?
4. Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
5. Какое влияние оказывает Ваше заболевание на Вашу профессиональную деятельность? Какое влияние оказывает Ваша работа/ профессия на Ваше заболевание?
6. Какие «мелочи» жизни (справедливость, опрятность, пунктуальность, бережливость, контакты и пр.) «выводят Вас из себя»?
7. Хотите ли Вы кого-нибудь «держат подальше от своего тела»? Добивается ли кто-нибудь таких отношений с Вами, которых Вы не желаете или не в состоянии допустить?
8. Приятны ли Вам ласки и физические контакты?
9. Хотите ли Вы иногда «вылезти из кожи», однако Вам не удавалось «избавиться от кожи»?
10. Какое значение имеют для Вас и Вашего партнера социальные контакты (гости, друзья, родственники, соседи, коллеги)? Что в этом отношении у Вас общего с партнером и чем Вы отличаетесь?

11. Считаете ли Вы свою кожу «зеркалом души»?
12. Господствуют ли в Ваших мыслях односторонние, негативные представления?
13. Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
14. Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/ деятельность, контакты, фантазия/ будущее)?

16. Инфаркт миокарда

Способность принимать любую нагрузку близко к сердцу

Определение

Инфаркт миокарда возникает в результате закупорки коронарных артерий (рис. 22). Если прерывается кровообращение, то пораженная сеть сердечных сосудов перестает получать кислород; это приводит к разрушению тканей сердечной мышцы. В медицинской литературе приводятся следующие факторы риска: наследственная предрасположенность, повышенное содержание жиров в крови (холестерин, триглицериды), повышенное систолическое и диастолическое кровяное давление, курение, избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни.

Симптоматика

Инфаркт миокарда обычно случается внезапно, иногда даже при физическом покое, часто даже ночью. Почти всегда он сопровождается сильными болями. Однако бывают и «немые» инфаркты, которые протекают безболезненно и могут быть замечены только по преходящей слабости и недомоганию.

Транскультурный аспект и эпидемиология

С 1987 г. в Германии ежегодно коронарной болезнью сердца заболевали около 500 000 человек, из них 250 000 переносили инфаркт миокарда, от которого умирают примерно 100 000 человек.

Статистика ВОЗ фиксирует отчетливый рост ишемической болезни сердца в различных европейских странах. Исследование, проведенное в 7 странах показало, согласно данным *Keys* (1970), различную частоту коронарной болезни сердца. По данным Европейской Согласительной конференции (ЕЕС), ежегодно в Германии можно было бы избежать при помощи превентивных мероприятий около 10 500 инфарктов, что составляет 23 % всех случаев. Если раньше соотношение между заболевшими мужчинами и женщинами было 4:1, то в последние годы риск заболевания изменился к новому соотношению 1,3:1. Различные авторы объясняют это возросшим числом женщин, выполняющих типично мужскую работу и связанным с этим стрессорным фактором.

Обзор литературы

Уже *Siebeck* (1949) и *Weizsacker* (1949) допускали, что психический фактор наряду с органическим может играть роль в возникновении инфаркта миокарда.

Dunbar (1948) на основании глубиннопсихологического анализа был составлен типичный личностный профиль пациента с коронарными заболеваниями. Подобные особенности обнаружили *Roscnman* и *Friedman* (1968) в проспективном эпидемиологическом исследовании.

Пословицы и народная мудрость

Принимать близко к сердцу; это разрывает мне сердце; сердце разрывалось от радости; этот груз лежит у меня на сердце, чистосердечно признаться; удар в самое сердце.

Притча: «Нужное слово»

Смотри ч.1, гл. 3.

Аспекты самопомощи: развитие инфаркта миокарда с точки зрения позитивной психотерапии.

Наблюдение, что люди с отдельными факторами риска или вообще без них также могут страдать инфарктом миокарда и что, напротив, люди несмотря на факторы риска, могут не подвергнуться инфаркту, способствовало появлению первого сомнения в чисто соматической природе этого заболевания. Было сделано предположение, что и физические факторы риска могут иметь психическую предысторию (ср., напр., *Kornitzer et al.*, 1982). Предпочитаемой сферой переработки конфликтов у пациентов с инфарктом миокарда является тело. Оно полностью поставлено на службу концепции достижения. Фирма, партия или другие институты часто занимают при этом место межличностных отношений. Контакты в этой связи имеют значение только тогда, когда они важны для стремления к профессиональному росту или социальному признанию. Установку по отношению к настоящей жизни и к будущему можно охарактеризовать как «постоянную озабоченность» и «требующую какой-либо активности». При анализе ситуации в семье пациентов с инфарктом миокарда часто обнаруживается недостаток материнской любви, обусловленный разлукой или смертью. По отношению к отцу выясняется, что он не являлся авторитетом или помощником. Отношения родителей между собой нередко характеризовались конфликтом доминантности. Общение с людьми вне семьи было ограниченным. Надежда родителей концентрировалась на достижениях детей. Как чутко и разнообразно сердце реагирует на чувство, очень хорошо подмечено людьми и отражено в различных крылатых выражениях. При инфаркте миокарда можно сказать, что у человека «разбивается сердце».

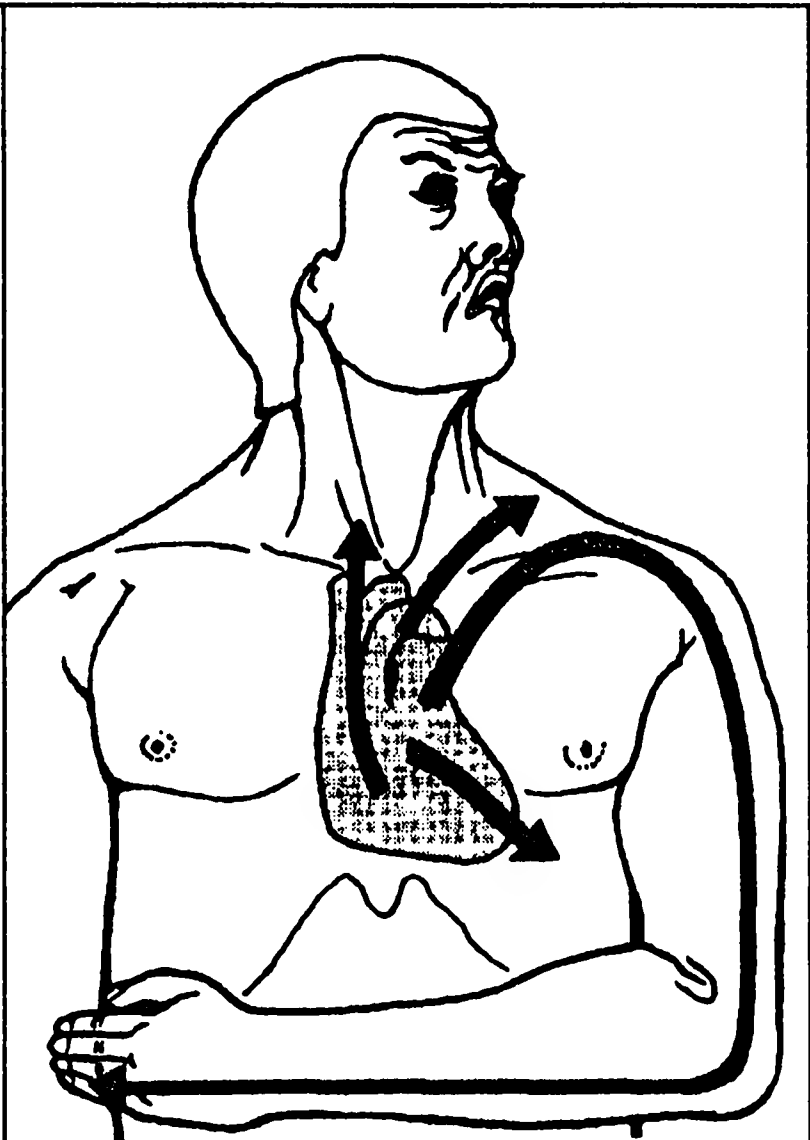
типичные симптомы страх смерти боль продолжительность приступа более 20 минут неэффективность применения нитропрепаратов влажные, холодные кожные покровы нарушение ритма сердца		другие признаки тошнота рвота диспноэ «острый живот» «колики»
--	---	--

Рис.22. Инфаркт миокарда. (*Gorgass & Ahnefeld, 1989, s. 279, abb. 182*).

Практическое дополнение к этому аспекту самопомощи содержится в опроснике в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при инфаркте миокарда.

Описание случая: «У меня было назначено много деловых встреч. В таких условиях просто нужно было заработать сердечный приступ!»

Проводник 42 лет был направлен ко мне на прием своим лечащим врачом-терапевтом. В 1988 г. наряду с другими расстройствами у него был диагностирован инфаркт миокарда задней стенки. Я заметил, как сильно больного беспокоили сердечные жалобы, и потому попытался при помощи притчи «Нужное слово» установить взаимосвязь между его органическими нарушениями и его мыслями и чувствами, которые он словами с трудом мог выразить. Эта история надолго завладела его вниманием. В известной степени она уже предопределила стратегию его лечения, важнейшие черты которого разрабатывались на стадии расширения системы целей. Чтобы от симптома прийти к конфликту, я предложил ему позитивную интерпретацию его недуга: «У меня такое впечатление, что Вы подвергаетесь множеству перегрузок и принимаете их близко к сердцу (...)». Больной среа-

гировал так: «Когда я думаю о том, что я должен преодолеть, у меня сердце готово выпрыгнуть наружу (...)».

На вопрос, что с ним произошло в последние 5—10 лет, пациент назвал 11 пунктов, которые я привожу здесь в хронологическом порядке:

1. 1979 г. Рождение второй дочери. Супруга к этому моменту была полностью поглощена своей материнской ролью и брак нашего пациента с годами в телесной сфере и в области контактов стал разрушаться отчуждением жены.
2. 1981 г. Перемена места работы, однако через полгода пришло понимание того, что дальнейшее продвижение по службе невозможно.
3. 1983 г. В поисках хобби, которое увлекло бы его (раньше был активным спортсменом) он начинает с сооружения воздушных змеев.
4. 1985 г. Организация своего собственного дела, в котором сначала участвовала и жена.
5. Ноябрь 1987 г. Узнал, что теще осталось жить всего несколько месяцев. Большая занятость супруги и еще меньше близости в браке.
6. Февраль 1988 г. Легочная эмболия, которая диагностирована только спустя 10 дней. После госпитализации посещение различных врачей, чтобы выяснить причину эмболии. Исследования ничего не дали.
7. Июнь 1988 г. Смерть тещи.
8. Июнь 1988 г. Смерть отца (...).
9. Сентябрь 1988 г. Пациент знакомится с молодой женщиной, которая интересуется его жизнью и его хобби. Несмотря на то, что он хотел бы более близких отношений, он боится «разоблачения» и чувствует себя подавленным.
10. С середины 1988 г. значительная профессиональная нагрузка, в связи с неожиданно хорошей продажей продукта.
11. Октябрь 1988 г. Смерть матери.

Он составил этот перечень после первого интервью, не выходя из моей приемной. Это вызвало у него ага-переживание: «Этого не может быть! Как я мог это вынести?» Обнаруживалась тесная взаимосвязь между течением его болезни и профессиональными перегрузками (1988), смертью отца и тещи (1988). В начале 1989 г. больной расстался со своей семьей. Постепенно он осознал, какие формы переработки конфликтов предпочитал до сих пор, чтобы решить свои проблемы.

Сильная привязанность к родителям позднее стала конфликтным потенциалом в смысле базового конфликта. Он пытался, однако, отойти от своих родителей, эмансипироваться. Непосредственно перед первым возникновением симптоматики произошел подобный спор, который привел к нарушению эмоциональных отношений с родителями. Инфаркт последовал, учитывая также все предшествующие события, после смерти отца. В связи с супружескими проблемами, конфликт обострился, что совпало с возрастанием чувства вины в возникшей проблеме отцов и детей.

Таким образом, появился шанс конструктивного подхода к этой ситуации. Типичным для данного больного было невообразимое волнение, если он по каким-либо причинам не мог прийти на консультацию. Кроме того, он приходил в отчаяние из – за «хронической непунктуальности» других. Это же очень сильно повлияло и на «охлаждение» его супружеских отношений. По этой причине, наряду с актуальной способностью *единство* (ср. ч.2, гл.39), предметом обсуждения на четвертой ступени терапии стала *пунктуальность*. Затем были рассмотрены разочаровавшие 17-летние супружеские отношения и сексуальное отторжение, которое явилось для пациента нарциссической обидой. Целью этого обсуждения было осознание больным теневой стороны потребности в поддержке. В рамках семейной терапии на консультации были поочередно приглашены отдельно проживающая супруга пациента и его новая партнерша. С обеими женщинами обсуждались депрессивные реакции, связанные со смертью отца и тещи. Благодаря релятивизации Я-идеал-требований больного, было достигнуто совершенствование его взгляда на реальность. Он начал развивать способность отвлекаться в профессиональной сфере. Рассмотрение актуальной способности *пунктуальность* и ее значения для преодоления стрессовых состояний имело большое влияние на партнерские отношения, в частности на сексуальную жизнь.

Актуальная способность «пунктуальность»

Определение и развитие: способность придерживаться ожидаемого или условленного расписания. *Формы:* пассивная пунктуальность (следование ранее составленному расписанию, ожидание, что другие будут пунктуальными); активная пунктуальность (самостоятельное распределение времени и пунктуальное поведение). В то время как в психоанализе аккуратность считается первым культурным достижением, в позитивной психотерапии таковой является пунктуальность. Кормление, умывание и ритмы сна и бодрствования определяют распределение времени младенца. В процессе развития, ожидание пунктуальности и пунктуальное поведение модифицируются посредством приобретения дальнейшего специфического опыта (например, опоздание в школу).

Как об этом спрашивают. Кто из вас (Вы или Ваш партнер) больше ценит пунктуальность? Бывают ли или были у Вас сложности, связанные с непунктуальностью (с кем)? Как Вы реагируете, если кто-то не приходит в условленное время? Рассчитываете ли Вы или Ваш партнер все с точностью до минуты? Кто из Ваших родителей (бабушек, дедушек) больше ценил пунктуальность и четкое планирование времени?

Синонимы и расстройства: срочность, своевременность, точность, опоздание, отсрочка, академическая четверть часа (15 мин позже указанного срока о начале

лекции, доклада), без 5 мин 12.— Страх ожидания, давление времени, постоянный страх не успеть, необязательность, стресс, тревога.

Поведение: не назначать деловых свиданий без календаря деловых встреч; кому-либо честно сказать, что нет времени, часто лучше, чем заставлять его ждать. Если кто-то опаздывает, это все-таки лучше, чем вообще не прийти. Девиз: Хорошо, что ты все-таки пришел.

Терапия продолжалась в течение 26 сеансов.

Приложение: опросник к *инфаркту миокарда*.

См. ч. II, гл. 17.

17. Кардиофобия и функциональные нарушения сердечного ритма

Способность реагировать на тревоги и конфликты всем сердцем, принимая все близко к сердцу (стремление к близости и защищенности)

Определение

Кардиофобией называют приступообразно возникающие состояния замирания сердца и страха смерти, связанные с множеством различных жалоб со стороны сердца, хотя органической патологии выявить при этом не удастся. При функциональных нарушениях сердечного ритма без органических причин возникают изменения частоты сердечных сокращений, их ритмичности. Синонимичными названиями для сердечного невроза являются по *Nutz-inger* (1987): синдром д'Акосты; «*soldiers heart*», «*irritable heart*», «*effort syndrome*», функциональный кардиоваскулярный синдром, нейроциркуляторная астенция или дистония, сердечная ипохондрия, кардиофобия, фобическая или ипохондрическая форма сердечного невроза или фобического невроза.

Симптоматика

В отличие от органических заболеваний сердца при кардиофобии больные жалуются на множество, как правило, детально и красочно описываемых симптомов: сильное сердцебиение, замирание сердца, экстрасистолы, ощущение сдавливания или сжатия в области сердца, колющие, сверлящие боли, не связанные с нагрузкой, нехватка воздуха, повышение артериального давления, потливость, тошнота, ощущение беспомощности, дрожь во всем теле, сильное волнение, слабость. Основным же симптом — страх умереть от сердечной недостаточности. Обычно симптоматика возникает приступообразно. Приступ может длиться до двух часов, он прекращается обычно, когда приходит врач или появляется возможность оказания больному какой бы то ни было медицинской помощи. Типично хроническое течение с формированием ипохондрических и фобических черт. Больной убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием сердца. Он не может находиться один, все время прислушивается к ритму своего сердца. Ему постоянно нужен поблизости врач, цепляется за родственников и близких, ему постоянно нужен поблизости врач. По оценкам специалистов, больные с функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями составляют около 35 % всех пациентов с жалобами на сердце.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Около 2—5% американского и западногерманского населения, по мнению *Roth* и *Luton* (1943) страдают кардиофобией.
- Заболевание возникает преимущественно в возрасте 20 — 45 лет. Пик заболеваемости приходится на 35 лет. При своих исследованиях *Richter* и *Beckmann* (1973) обнаружили, что 84 % больных кардиофобией находятся в возрасте от 20 до 45 лет, доля лиц старше 45 лет составляет 13 %. Среди людей старше 65 лет кардиофобия почти не встречается.
- В половой структуре больных кардиофобией, по всей видимости, сейчас происходят изменения. До 60-х годов среди больных преобладали женщины, в последнее время отмечается явный перевес больных мужчин.

Обзор литературы

Фрейд относил кардиофобию к общему понятию фобического невроза, причем особенно подчеркивал страх как характерный симптом этого заболевания. *Braeutigarn* и *Christian* (1973) также усматривали между сердцем и страхом непосредственные взаимоотношения. *Gores* (1981) считает страх смерти центральным моментом всей клинической картины болезни. Содержанием страха все указанные выше авторы считают страх разлуки, потери близкого человека, страх перед одиночеством, страх перед смертью. Многие авторы приводят рассказы больных о предшествовавшей первому приступу кардиофобии разлуке и переживаниях в связи с ней (вследствие переезда, болезни, смерти и т.д.). Многочисленные исследования позволили *Richter* и *Beckmann* (1973) выделить два типа больных кардиофобией. При типе А, который составляет большая часть больных, очевидна симбиотическая зависимость. Больной инфантильным образом замыкается на своем партнере. Его жизненные сферы суживаются, он склонен к самонаблюдению, стараясь уберечь себя от неприятностей. Сильно выражены депрессивные симптомы. Больные типа Б, напротив, защищаются от зависимости. Сверхкомпенсацией в форме физической активности и деятельности они пытаются бороться со своей слабостью. Страхи и конфликты скрываются (учтивость).

Пословицы и народная мудрость

У него мягкое сердце; быть мягкосердечным; принимать близко к сердцу; душа уходит в пятки; скрепя сердце; иметь что-то на сердце (не решаться высказать что-либо); похитить чье-то сердце (сердцеед); привязан всем сердцем; быть не в силах что-либо сделать; у него замерло сердце; ощущать сердцебиение; говорить откровенно, от самого сердца; у меня камень упал с сердца; настойчиво советовать, рекомендовать что-либо от всего сердца; собраться с духом.

Аспекты самопомощи: развитие кардиофобии и функциональных нарушений ритма с точки зрения позитивной психотерапии

а) Расстройства и физиология.

Существует связь между сердцем и страхом. Посредством вегетативной нервной системы сердце напрямую связано с чувствами. Гормональным путем, через усиленное выделение адреналина, волнения и конфликты также могут приводить к повышению артериального давления, частоты сердечных сокращений и, таким образом, к многообразным ощущениям в области сердца. При всех сильных эмоциях сердце также не остается в стороне: как при любви и радости, так и при гневе, злости и страхе. Страх может вызвать сердцебиение, и, наоборот, изменения сердечного ритма могут вызвать страх. Образую *Circulus vitio-sus*, оба процесса усиливают друг друга и бесконтрольно переходят в приступ. Больным воспринимаются только физиологические корреляты страха, т.е. соматические симптомы и концентрирующийся на них страх, а не лежащие в основе эмоции, конфликты и желания.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения.

С помощью телесной симптоматики страдающий кардиофобией бессознательно обретает уверенность в близости и внимании окружающих. Сфера тело/ ощущения у таких пациентов хорошо развита; она находится в центре внимания, особенно то, что касается эстетики. Отмечаются каждое впечатление и малейшее неприятное ощущение. Тело получает уход и заботу, какие ему уделялись в детстве. В стиле поведения доминируют пассивность в любых отношениях и избегание по принципу: «Кто ничего не делает, тот не делает ошибок». Часто в профессиональной деятельности также не возникает никакого определенного интереса. Только небольшая часть больных с кардиофобией пытается преодолеть тенденции к скованности в сфере «Деятельность» посредством форсированных стремлений к независимости, что часто стоит очень многих усилий. Часто встречаются сложности в супружеских отношениях. Таким людям с большим трудом удастся найти нужную дистанцию для сосуществования близости и самостоятельности одновременно. Эти трудности, однако, лишь в редких случаях приводят к разводу или расставанию, так как страдающий кардиофобией ни при каких обстоятельствах не вынесет своего одинокого существования. Из-за страха перед разочарованием, че-

ловек чаще всего избегает контактов с другими людьми. Тем не менее, контакт с врачом очень важен. Уверенность в том, что врач находится рядом, уже сама по себе действует на больного кардиофобией успокаивающе. В сфере «Фантазии» постоянно пересекаются мысли о собственном организме и его функциях, о болезни и смерти. Страхи имеют тенденцию расширяться: в финале их развития стоит депрессия: «Мир плох», «Жизнь не имеет смысла», «Зачем все это?»

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития.

Если проследить историю развития больного с точки зрения моделей для подражания, то с большой регулярностью можно столкнуться с воспитанием, которое предполагало крайнюю привязанность, особенно к матери или бабушке, а самостоятельное существование или обособление ребенок избегал как опасные. Самые близкие люди часто представлялись как тревожно озабоченные, хотя не всегда они взаимодействовали друг с другом, а чаще всего использовали ребенка с целью вынесения своих страхов, напряжения и желаний. Они, таким образом, способствовали возникновению у ребенка амбивалентной или негативной концепции жизни. Всего нового и неизвестного следовало остерегаться, экспансивные стремления ребенка подавлялись («Дома ты знаешь, что имеешь»).

В отношениях родителей друг к другу очень большая роль отводилась участию, вовлеченности партнера в ситуацию. Ребенок впитывал что неучастие, независимость или разлука могут вызвать страхи и чувство вины и по возможности их следует избегать. Контакты с другими людьми также рассматривались как угроза семейному единству и поэтому не поддерживались. Очень тщательно следили за соблюдением приличий и традиций. Фантазия, развитая в высшей степени, больше была направлена в прошлое. Представления о будущем, наоборот, были связаны со страхами: страх перед болезнью, разлукой, смертью, войной и другими ударами судьбы. Так ребенку с намерением уберечь его от опасностей и горя, часто прививалась односторонняя жизненная позиция.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

Мы смогли установить, что в анамнезе больных с функциональными нарушениями сердечного ритма, наряду с непосредственно влияющими соматическими факторами важны и определенные психосоциальные условия. При этом особую роль играют установки, ожидания, стиль поведения и проистекающие из этого психосоциальные конфликты. Как подтверждают врачи-практики, жалобы на сердце как следствие конфронтации на работе или проблем в воспитании, предъявляются довольно часто. Обычно эти факторы называют «стрессом». Наша гипотеза такова: наряду с общими, неспецифическими стрессорами существуют спе-

цифические, вызывающие перенапряжение ситуации. Они зависят от усвоенных в процессе воспитания психосоциальных норм, которые в качестве установок, ожиданий и стиля поведения тесно связаны с эмоциональной жизнью. Подобные (без связи с соматическими симптомами) «специфические стрессоры» следует рассматривать как существенные экстракардиальные причины нарушения сердечного ритма. При одном исследовании, в котором изучались индуцированные при похожих условиях ситуации, связанные с пунктуальностью и аккуратностью, выявились отчетливые тенденции, подтверждающие нашу гипотезу. Реактивность сердца в случае страха или эмоционального напряжения известна уже давно.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при кардиофобии и функциональных нарушениях сердечного ритма

Ступень 1: наблюдение/ дистанцирование

Описание случая: «Мнимый больной?»

Меня вызвал на консультацию руководитель специальной кардиологической клиники. Речь шла о психотерапевтической беседе с больным, который считался особо тяжелым. Уже около 10 лет пациент перекочевывал из одной клиники в другую, от одного врача к другому, чтобы исключить тяжелые органические заболевания сердца. Уже был предпринят целый ряд операций и серьезных диагностических вмешательств. Больной к тому времени успел уже заплатить за все эти процедуры 700 000 немецких марок из своего кармана. Всюду его сопровождала жена, которая, по-матерински, заботилась о нем. Теперь больному предстояло исследование при помощи специального сердечного катетера, которое должно было исключить у него наличие ишемической болезни сердца. Руководитель клиники, который был школьным товарищем пациента и поэтому особенно заботился о нем, посчитал это мероприятие ненужным, так как и история болезни, и симптоматика, и состояние больного не давали никаких оснований для диагноза ишемической болезни сердца. Единственное, что указывало на возможность склеротических процессов, так это избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни. Программа лечения была направлена на похудание пациента и устранение этого фактора риска. Это в общих чертах та информация, которую я получил от лечащего врача. Поскольку он предполагал психосоматический компонент в течение болезни, то счел необходимым привлечение психотерапевта, изъявив желание тоже присутствовать при нашей беседе. Наш разговор продолжался от 20.00 до 23 ч. Пациент полулежал на нескольких подушках в своей постели. Особенно бросался в глаза его огромный живот, который он явно хотел продемонстрировать всем.

Вокруг кровати стояли портфели с конспектами и специальной медицинской литературой. Жена стояла в ногах постели больного. Мы поприветствовали друг друга и сели. При этой беседе присутствовало четыре человека: больной, его жена, лечащий врач и я.

Врач представил меня как психотерапевта и специалиста в области психосоматической медицины. Хотя пациент дал согласие на мое посещение, теперь он словно выпустил все иглы. Он знал, чего я хотел и это уже пытались сделать многие до меня. Его болезнь, по его мнению была чисто органической и лечить ее следовало соответствующим образом. Тактика больного была проста: если бы он смог убедить своих врачей, что даже психотерапевт не может помочь в его случае, то нет больше никаких оснований откладывать диагностические процедуры по причине психосоматического характера болезни.

Я включился в игру пациента и объяснил ему, как я понимаю психосоматику, что состояние может также обуславливать соматическое заболевание и что помимо самого заболевания, важную роль могут играть другие факторы. Наша работа должна заключаться в том, чтобы затронуть оба фактора и соматический, и душевный. Здесь я обсудил с пациентом его страх, что его болезнь в случае названия ее психосоматической потеряет свой престиж. Он согласился с моим подходом к психосоматике.

Сначала я кратко изложил свой метод работы и сказал, что хочу побольше узнать о нем и его жалобах. Затем мы вместе попытались выяснить какую практическую пользу могла бы принести нам наша совместная работа. Я привел больному одну восточную поговорку:

«Если ты дашь кому-нибудь рыбу, он сможет кормиться ею один день; если ты научишь его ловить рыбу, он будет сыт всю жизнь».

Затем я спросил его: «Хотите Вы рыбу или научиться ее ловить?» «Научиться ловить ее», — ответил он и засмеялся.

Тогда он начал рассказывать свою полную впечатлений историю болезни. Его мучили боли в животе. Иногда они возникали слева внизу живота, иногда справа, но особенно часто — в правом подреберье. Это было связано с тошнотой, изжогой и нарушением кровообращения.

В последнее время его беспокоили боли в области лопаток, иррадиирующие в руки. Он опасается, что это связано с сердцем. У него также бывают боли в воротниковой зоне, которые он с трудом выдерживает. Он воспользовался случаем рассказать о том, что ему уже пришлось пережить из-за медицины, какие операции и обследования ему уже были сделаны (...).

В этой связи я поинтересовался важнейшими событиями жизни: больному было 50 лет, имея старшую сестру состоял в бездетном браке, по профессии продавец. Его мать умерла в 1973 г., отец — в 1974 г. Предъявляемые и поныне жалобы, впервые появились в 1970 г. после операции по удалению желчного пузыря вследствие камнеобразования.

«У Вас что-то не в сердце, а на сердце. Я считаю, что это просто замечательно как Вы заботитесь о своем здоровье. Наверняка Вам многое пришлось пережить в последнее время, как в пословице «Капля камень точит!» Больной теперь уже заметно заинтересовавшись, ответил: «Еще бы! Если бы Вы знали, сколько всего случилось и постоянно со мной случается!»

Ступень 2: инвентаризация

Я как бы невзначай перевел разговор на другую тему: «Как Вы вероятно знаете, я родился в Иране и учился в Германии. При этом я интересовался тем, какими способами перерабатывают свои проблемы и трудности представители различных культур». Я показал ему модель четырех сфер переработки конфликтов (рис.23), коротко пояснил ее и спросил: «Как Вы решаете свои проблемы?» Он указал пальцем на сферы тела и фантазий, сказав: «Так».

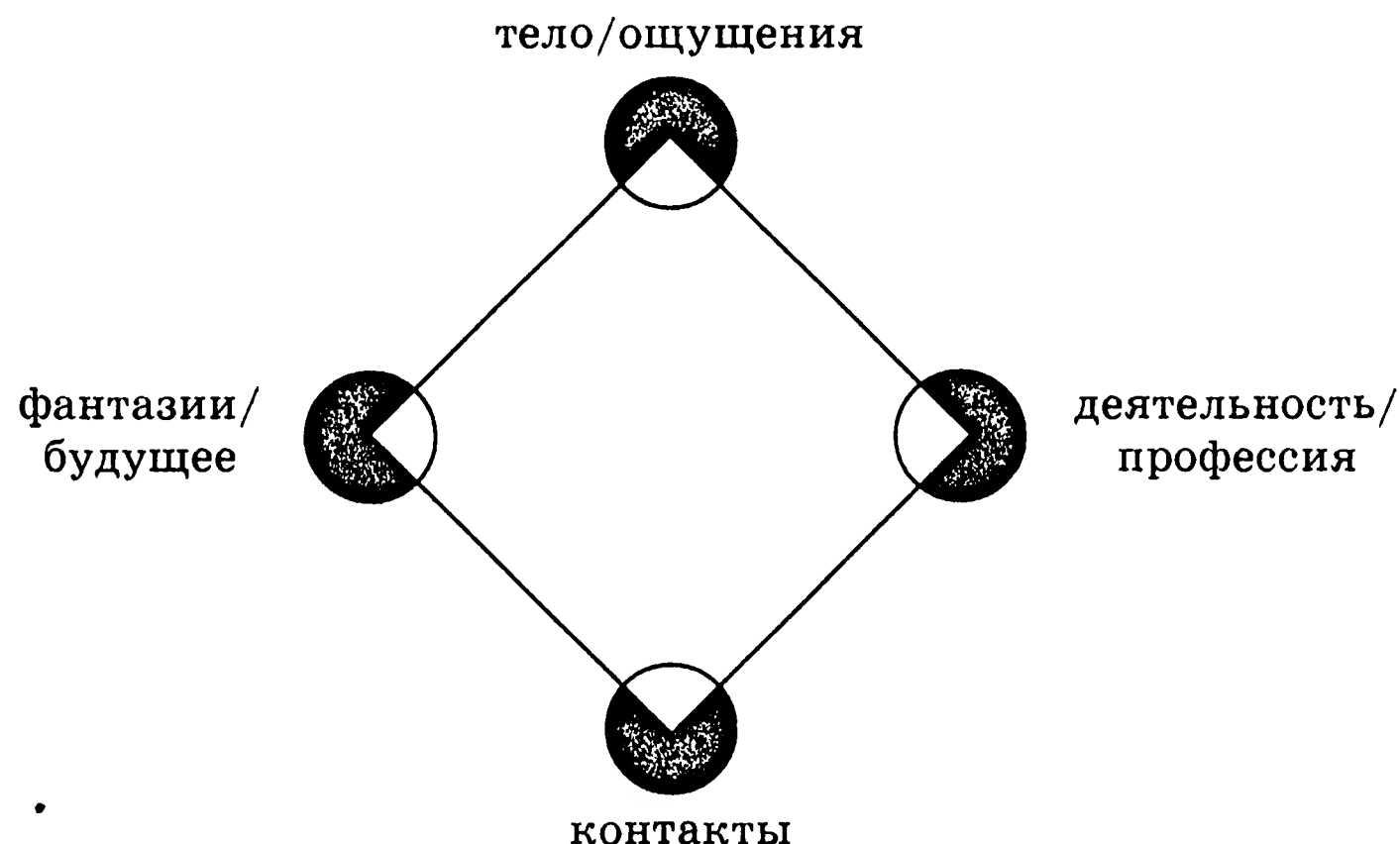


Рис. 23. Четыре сферы переработки конфликтов.

Я обратился к его жене и попросил представить ее сферы переработки конфликтов. Она выбрала сферы контактов и фантазии и пояснила: «Я очень ценю общение, в том числе общение с моим мужем. Мы с ним целыми днями вместе, все что я делаю, я обсуждаю с ним. С другими людьми я общаюсь немного раньше, когда мы еще оба работали, было так же.

Мой муж по вечерам был таким усталым, что я не могла доставлять ему такое беспокойство, как посещение гостей». О сфере фантазий она ничего не сказала, но своей улыбкой и смущенным взглядом в сторону дала понять, что эта сфера ей хорошо знакома.

В разговор вступил ее муж и стал рассказывать о том, как много он раньше был занят на работе, а теперь из-за болезни не в состоянии работать. Однако он еще не совсем отошел от дел и ведет деловую переписку прямо с больничной койки. Кроме того, он теперь стал много читать. Он указал на окружающую его медицинскую литературу.

Я подвел итог обсуждению четырех форм переработки конфликтов: «Вы хорошо развили сферы фантазий и тела. Со своей женой Вы совпадаете прежде всего в сфере фантазий. Две другие сферы, по всей видимости не очень много значат для Вас». Пациент ответил мне: «Как я могу что-то сделать, если я болен».

Я продолжил: «Все свои силы, энергию и усердие Вы направляете на свой организм. Даже то общение с людьми, которое у Вас есть тоже служит Вашему телу: Ваша жена, которая ухаживает за Вами, врачи, персонал больницы и т.д. Ваша жена, как Вы сами выразились еще более укрепила Вашу концепцию». Все присутствующие дали мне понять, что согласны с таким подходом.

С этого момента я начал работать над выяснением базового конфликта. «Каким был девиз Вашей семьи? Что-то вроде: «Что подано на стол, то должно быть съедено!», «Если ты что-то можешь, тогда ты из себя кое-что представляешь!» или «Что скажут люди?» Он не назвал никакой концепции, но указал на сферу достижение/деятельность и сказал: «Это было важным. Моя мать прежде всего ценила именно это. Плохих оценок у меня не бывало. На работе я достигал всего, чего хотел. Раньше я был на очень хорошей должности. С тех пор, как я заболел многое изменилось. Я стал самостоятельным финансовым маклером». Здесь обнаружилась взаимосвязь с выгодой от болезни. В лице своих врачей пациент собрал вокруг себя потенциальных клиентов, которым он мог предложить недвижимость или долевое участие. Так он из несчастья сделал добродетель, которая до сих пор сводила на нет все терапевтические усилия. Наконец, его заболевание приобрело смысл, даже несмотря на то, что приносило страдания. Обнаружились также признаки вторичной выгоды от болезни: своими симптомами и деньгами он обязал многих людей заботиться о нем и подчинил их своим невзгодам. Когда я спросил его о любимых авторах, он сразу же назвал Шопенгауэра и Ницше: «Жизнь бессмысленна, а бессмысленное вечно». Эти слова означали, что жизнь — это только страдания, что больной последовательно с пугающей настойчивостью показывает на своем примере. Ничего более жизнеутверждающего он не мог вспомнить, так как читал только подобные нигилистические книги, поскольку они казались ему самыми честными и подлинными.

Его жена и врач внимательно слушали нас. Я продолжал работу с больным используя его доверие и открытость в лечебных целях. Теперь мы вплотную подошли к обсуждению эмоционально значимых отношений с его родителями, сестрой, отношений между родителями, отношений с другими людьми и наконец, его взглядов на религию и мировоззренческие вопросы.

Он с большой любовью относился к своей матери. Отец часто бывал в служебных поездках и вел себя нередко, как деспот. Отец часто запирал его в туалете. Из-за любой мелочи отец ругался и кричал. В то время как сестра его была любимицей отца, у него лучше сложились взаимоотношения с матерью. Она была очень терпелива и внимательна с ним. Смерть его родителей, одного за другим, была для него шоком. Он был в больнице и когда умирал отец, и когда умирала мать и не мог прийти на похороны. Но в разговоре он неоднократно говорил, что очень сожалеет об этом. Ему было больно видеть, как несправедливо семейные тираны обходились с его матерью. Между родственниками матери и его отцом часто возникали противоречия и он как бы всегда находился между двух огней, так как дядя поддерживал его материально, а отец всегда искал солидарности с ним.

Матери всегда нравилось приглашать гостей, однако отец хотел тишины и покоя и мать всегда уступала ему, это было ее стилем поведения во всем. Вероятно, это и было причиной того, что она ни с кем не спорила и не конфликтовала. Раньше он позитивно относился к религии, но сегодня он стал нигилистом, в то время как его жена стала интересоваться этими вопросами. «Когда так долго болеешь и видишь столько несправедливости в мире, то теряешь всякую веру».

Казалось, что больной воплотил в себе несколько близких людей из своего детства: уступчивая, заботливая мать, которая постоянно читала в медицинских книгах о том, что болезнь сына — это что-то нехорошее; строгий отец, который

считает религию бессмыслицей и развенчивает несправедливости этого мира; предприимчивый дядя, способности которого отвечали его же деятельности и усердию. Все они заботились о нем, который благодаря своей болезни стал центром всего происходящего. Наряду с этим обществом у него была жена, которая была прекрасным портретом его матери, и все врачебное собрание вокруг него чем-то напоминало хорошего отца, который заботился о нем, но к которому, однако, доверие не столь велико, чтобы полностью на него положиться.

Здесь мы обратились к дифференциально-аналитическому опроснику (ДАО), в котором было выяснено соотношение актуальных способностей супругов. Были обнаружены следующие конфликтные сферы:

Аккуратность: «Моя жена уделяет порядку значительно больше внимания, чем я. Как часто я искал и не находил свои вещи, так как моя жена все убирала на место...» Его жена возразила, что дома все же следует поддерживать порядок.

Пунктуальность: «Это больше относится ко мне. Мой муж всегда считает, что из-за 10 мин ожидания ничего не случится. Я научилась у своей матери, как важна пунктуальность. Как часто она сердилась, если я опаздывала к обеду всего на 3 мин!». «У нас важен был только завтрак, — рассказывал супруг, — на нем вся семья должна была быть в сборе. А в других моментах — каждый был сам по себе».

Учтивость/прямота: «Мой муж намного откровеннее, чем я и это часто мне неприятно. Я очень много сдерживаюсь, однако взрываюсь тогда, когда чаша терпения переполняется». «Я сразу говорю, если мне что-то не нравится», — прокомментировал ее муж.

Трудолюбие /деятельность: «Из-за болезни мужа я оставила свою профессию, хотя хотела бы снова начать работать, поскольку ему стало лучше». Показалось, что мужу это было не очень приятно слышать. Он поспешил объяснить, что на своей новой работе он стал зарабатывать значительно больше.

Справедливость: «Иногда я чувствую себя обманутым. Врачи всегда говорили, что после той или иной операции я буду абсолютно здоров. Но это ведь не так! Я все еще болен». «Когда мой муж не получает того, что ему причитается, он не оставляет камня на камне», — добавляет супруга.

Контакты: «Из-за работы мы оба не можем часто проводить время с гостями. Когда муж возвращается домой с работы, ему нужно отдохнуть. Как же я могу кого-то пригласить?»

Сексуальность: Около года между ними ни разу не было половой близости, о чем по всей видимости, никто из них не сожалел.

Речь шла о кардиофобии с преимущественно психической симптоматикой при преобладающей агрессивно-навязчивой невротической структуре.

Ориентация симптомов: кардиофобия, боли в животе, тошнота, позывы к рвоте, нарушение кровообращения, боли в области плечевого пояса и в руках. Прежде всего речь шла о том, чтобы вскрыть переработку переживаний, связанных с этими расстройствами, и выяснить возможные психические и психосоциальные осложнения. Для развития этого состояния имели значение как психические, так и соматические факторы. В картине болезни четко прослеживались хронические черты. При оценке общего состояния (возраст, профессия, семейная ситуация, психические особенности и соматическое состояние) выявлена односторонность переработки конфликтов (тело/фантазии). В развитии симптоматики сыграли свою роль несколько кумулировавших факторов.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Моя предыдущая задача состояла в том, чтобы вместе с больным и его женой подготовить почву для стадии ситуативной поддержки и выяснить общие и различающиеся формы переработки конфликтов и актуальные способности супругов. В результате этого процесса пациент почувствовал, что его понимают. Привлечение его жены позволило им обоим говорить не только о болезни мужа, но и затронуть другие сферы. Это позволило увидеть болезнь в расширенном аспекте и начать работу в других сферах жизни (будущее), мало развитыми до сих пор.

Ступень 4: вербализация

Еще раз обсуждались выявленные в дифференциально-аналитическом опроснике (ДАО) ярко выраженные актуальные способности: *трудолюбие/ деятельность* (см. ч. II, гл. 9), *аккуратность* (см. ч. II, гл. 19); *пунктуальность* (см. ч. II, гл. 16); *вежливость/искренность* (см. ч. II, гл. 26/5) и *справедливость* (см. ч. II, гл. 1), чтобы прояснить роль микротравм в повседневной жизни.

Ступень 5: расширение системы целей

Так как речь шла об однократном вмешательстве, целью этой ступени было побудить больного проконсультироваться у психотерапевта в его родном городе. При этом его жена могла оказать ему поддержку, так как она воспринимала его болезнь с новыми перспективами. Субъективное представление о совместном будущем больше не было абстрактным, а ориентировалось на конкретное содержание. Так как супруги оказались очень восприимчивыми к образным сравнениям, в конце я рассказал им притчи «Нужное слово» и «Напутствие». У обоих супругов было достаточно времени лучше понять психосоматические взаимосвязи.

Приложение: опросник к инфаркту миокарда и функциональным нарушениям ритма.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность фантазии / будущее

- 1) У Вас доброе сердце? Вы чистосердечны? Приходят ли вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения связанные с Вашим состоянием?
- 2) Когда и от кого Вы впервые узнали о Вашем заболевании?
- 3) Занимаетесь ли Вы спортом? Знакомы ли Вы с интервальным тренингом?
- 4) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как действуют эти лекарства, что Вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?
- 5) Часто ли у Вас бывают конфронтации на работе? Влияет ли это на Ваш сердечный ритм или на Ваш страх?
- 6) Чувствуете ли Вы себя перегруженным?
- 7) Чрезмерно ли бережете Вы свое тело?
- 8) Часто ли контролируете Вы свою сердечную деятельность?
- 9) Говорите ли Вы со своим партнером о здоровье и страхе? Есть ли другие темы для разговоров (какие?)?
- 10) Есть ли проблемы в Ваших партнерских отношениях? Они сводятся к обычным «мелочам»? Идет ли речь о таких проблемах в отношениях, как наличие времени, терпение, доверие, надежда, нежность, сексуальность?
- 11) Поддерживаете ли Вы общение помимо семьи?
- 12) Ваши мысли сконцентрированы на Вашем теле?
- 13) Побуждает ли Вас новое и неизвестное к решению проблем? Или Ваши представления о будущем чаще полны страхов? Ваше воображение чаще занято мыслями о прошлом?
- 14) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 15) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?
- 16) Выражал ли Ваш партнер желание расстаться?

18. Гипертония и гипотония

Способность на перманентное внешнее давление реагировать повышением давления внутри организма, т.е. кровяного давления.

Способность очень экономно обращаться со своими силами и в ответ на внешнее давление реагировать понижением кровяного давления.

Определение

ВОЗ обозначает систолическое давление 140 — 160 мм рт.ст. и диастолическое 90 — 95 мм рт.ст. как пограничную область, давление ниже этих величин считается нормальным, а выше - оценивается как гипертония. Эссенциальная гипертония ставится в диагноз только тогда, когда заболевание не связано с болезнью почек, сердца или гормональными нарушениями. Около 80 % гипертоний классифицируется, как «эссенциальная». Причинами эссенциальной гипертонии, согласно *Pschyrembel* (1989), являются нервные, гормональные и конституциональные факторы. Она часто развивается на базе кратковременной эмоциональной, ювенильной или климактерической гипертонии.

При так называемой эссенциальной, или самостоятельной, гипотонии величина давления постоянно ниже 100/60 мм рт.ст.

Симптоматика

Поскольку высокое кровяное давление сначала не причиняет никаких специфических беспокойств, существует много людей с повышенным давлением, которые даже не подозревают об этом. Если неприятные ощущения становятся заметными, то в начальной стадии возникают жалобы на головную боль, тошноту, нарушения зрения, шум в ушах, сердцебиение, раздражительность и т.д.

Типичные симптомы пониженного давления — это потемнение в глазах при вставании или длительном пребывании в положении стоя, тошнота, шум в ушах, зевота, сердцебиение и склонность к коллапсам.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Эссенциальная гипертония, особенно если учитывать большое число невыявленных больных, т.е. без установленного врачом диагноза, относится к самым распространенным заболеваниям в индустриальных странах.

- В Германии от повышенного давления страдают около 6,3 млн человек, т.е. каждый десятый взрослый имеет риск заболеть гипертонической болезнью.
- В США 25% мужчин и 46,6% женщин в возрасте старше 60 лет страдают повышенным АД. У лиц негроидной расы в США, особенно в крупных городах, гипертония встречается существенно чаще, чем у лиц европеоидной расы; у негров Африки эта болезнь, напротив, чрезвычайно редка. Так как особенностями расовой конституции этот факт объяснить нельзя, *Alexander* (1971) полагает, что решающим этиологическим фактором является необходимое в определенной культурной среде самообладание. *Harburg* и соавт. (1973) объясняют это подавляемой враждебностью вследствие дискриминации и лишения привилегий.

Обзор литературы

В многочисленных экспериментах как с животными, так и с людьми *Cocker* (1971), *Groen* и соавт. (1971), *Angermeier* и *Peters* (1973), *Cannon* (1953) и *Reindell* и соавт. (1971) показали, что при страхе, гневе и озлобленности повышается давление и что хроническое эмоциональное перенапряжение может приводить к стойкой гипертонии.

По мнению *Battegay* и соавт. (1984), почти все авторы придерживаются единой точки зрения, что у гипертоников существует связанная со страхом хронически подавляемая агрессия.

Groen и соавт. (1971) описывают типичную для больных гипертонией невротическую личностную структуру с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего часто возникают внутренние и внешние конфликты, что затрудняет эмоциональную разрядку.

По *Herrmann* и соавт. (1989) «тот факт, что эссенциальная гипертония часто встречается у членов одной семьи, может интерпретироваться в смысле «психологического наследования» (Фрейд)». Экспериментальные исследования *Hodapp* и *Weyscr* (1982) показывают, что больные гипертонией склонны к повышению давления даже в тех ситуациях, которые у нормотоников не вызывают никаких изменений давления. *Uexkiill* и *Wick* (1962) исходили из феномена «ситуативной гипертонии» и обнаружили пять различных аспектов.

Пословицы и народная мудрость

Испытывать давление; выпускать пар; у него вскипела кровь в жилах; взвизгивать до потолка от ярости; дойти до отметки 180; у кого-либо лопаются терпение; он чуть не лопнул от злости; у меня звенит в ушах; давление порождает сопротивление (ответное давление); оказывать нажим; поддавать пару (жару); подстегивать кого-либо.

Ослабевать, чувствовать себя бессильным; не выдерживать; настроение совсем упало; это его подкосило; душевная глубина.

Притча: «Корова, проливающая молоко»

На Востоке рассказывают об одной корове, которая каждый день давала по несколько ведер молока. В восхищении крестьянин выстроил полные ведра в ряд. Он был счастлив, обладая такой коровой. Полный гордости он позвал друзей и соседей посмотреть на этот результат. В тот самый момент, корова одним движением ноги, опрокинула все ведра — и драгоценное молоко пролилось. Так она нарушила ожидания всех.

Аспекты самопомощи: развитие гипертонии и гипотонии с точки зрения позитивной психотерапии

Диаметр кровеносных сосудов регулируется вегетативной нервной системой, которая тесно связана с нашими эмоциями. Психическое напряжение может приводить к сокращению круговой мышцы артерии и тем самым влиять на повышение артериального давления. Психические нагрузки при малой активности симпатической нервной системы могут также способствовать снижению давления.

Повышение артериального давления можно представить как необходимую и полезную реакцию: организм приводится в состояние повышенной готовности; он начинает работать на полную мощность и готов к физическому сопротивлению, тяжелой мышечной работе и быстрейшему реагированию; с другой стороны, повышенное давление артериальной крови быстрее сможет компенсировать угрожающую кровопотерю (например, в бою). Если по какой-либо причине не происходит отреагирования накопившегося напряжения, нет эмоциональной разрядки, то спастическое состояние сосудов сохраняется и давление крови остается повышенным в этой фрустрирующей ситуации. При определенных длительных конфликтах и соответствующей предрасположенности это может приводить к заболеванию.

Больных гипертонией сравнивают с хищниками запертыми в клетке, которые мечутся из угла в угол в поисках шанса для нападения или же для побега. Человек, который не научился последовательно справляться со своей агрессивностью, вынужден постоянно пересиливать себя стараясь быть вежливым, внимательным и услужливым. Гипертоник утруждает себя из своего подспудного честолюбия, он хочет все сделать «на все 100 %», он не может перепоручить работу. В профессиональной деятельности ему часто не удастся добиться всего того, чего бы ему хотелось, так как он не может осуществить свои представления и ожидания. Внешне он кажется скромным, уступчивым и даже кротким, однако вежливое обхождение с окружающими держит его в постоянном напряжении. Он действует

сдержанно, но не хладнокровно. Он постоянно ощущает себя обязанным что-то сделать. Ему очень важно, чего от него ожидают, и что о нем говорят другие люди. Он старается достичь своего благополучия в работе, достижениях и сверхвнимательности. Это открывает дорогу трудностям общения, а также сексуальным нарушениям. В четвертой сфере переработки конфликтов, в сфере фантазий, мы можем обнаружить беспокойную форму обращения к воображению, т.е. ажитированную депрессию, когда нервозность в позитивном смысле может быть представлена как поиск — но еще не как знание о **Что и Где?**

Гипотоник в конфликтных ситуациях склонен к отступлению в пассивный угол сферы тело/ ощущение под лозунгом: «Каждое движение ослабляет». В сфере деятельности он часто ощущает себя не созревшим до предъявляемых требований или перегруженным. Контакты воспринимаются как утомительное и крадущее время или как разорительное мероприятие, поэтому не поддерживаются. Часто очень развита сфера фантазии: эти люди много размышляют, мечтают, строя воздушные замки.

Родителей гипертоники часто характеризуют как требовательных, контролирующих и не балующих вниманием и поддержкой. Они ожидали от ребенка уступчивости и послушания при суровом и жестком воспитательном процессе. Многие будущие гипертоники боялись из-за агрессивного поведения потерять любовь родителей, в связи с чем они старались подавить в себе агрессивные импульсы. Отношения родителей между собой были лишены нежности. Чувства, как и конфликты, вытеснялись и скрывались. Постоянные проблемы между родителями, разлуки и развод требовали от ребенка повышенной приспособляемости (учтивости в смысле подавления агрессии). Общение с окружающими часто зависело от критерия соответствия и достижений. В отношении измерения Пра-Мы часто приходится сталкиваться с равнодушием или даже сопротивлением религиозным темам и с амбивалентным мировоззрением. Например, человек работает, зарабатывает деньги и экономит их говоря: «Кто знает, что будет дальше, все равно все не имеет смысла».

Родительским концепциям типа «Гости стоят много хлопот и денег», «Умнейший уступит», «Главное, я сохранил свой покой» и «Покой — это первая обязанность гражданина» больные с гипотонией отдают предпочтение.

Выражения типа «быть под давлением», «у него вскипела кровь», «взвиться до потолка от ярости» характеризуют взаимосвязь между «подавленной» злостью, гневом и повышением давления.

Постоянно приходится сталкиваться с характерными для гипертоников концепциями, которые были внушены им еще в детстве родителями: «будь внимателен», «соберись», «готовность решает все», «сначала пропусти других» или «мы тебя любим, только если ты обходителен». В процессе социализации особенно выраженными являются актуальные способности *учтивость* («Для меня существует только тот человек, который ведет себя прилично»), *послушание* («Необходимо

уметь приспособливаться и отказываться»), *трудолюбие/ деятельность, справедливость и обязательность*. Перестраивать следует прежде всего *откровенность-учтивость, терпение, время, доверие и привязанность*.

С точки зрения психологии бессилие рассматривается как защитная реакция. Человек рефлекторно избегает невыносимой ситуации перенапряжения. Гипотонию мы интерпретируем согласно нашей позитивной концепции, как способность очень экономно обращаться со своими силами и на внешнее давление реагировать понижением кровяного давления. Возможности развития сокрыты в сферах тело/ощущения, контактов и фантазии (поведение при неожиданностях и множестве альтернативных путей).

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при гипертонии и гипотонии

Ориентация симптомов:

Пациент служащий на высокой должности: повышенное давление в течение 5 лет, бессонница, тревога, страх перед другими людьми, рассеянность, страх перед будущим, недостаточная спонтанность.

Супруга: пониженное давление, агорафобия, панические атаки, депрессия, мысли о смерти.

Чтобы прояснить взаимосвязь повышенного давления и других симптомов больного, с одной стороны, и семейной проблематики с другой, я привожу здесь те моменты пятиступенчатой позитивной психотерапии, которые касаются обоих партнеров. Позитивное толкование, что он реагирует на перманентное внешнее давление повышением внутреннего кровяного давления побудила больного к написанию «Истории моего супружества».

Описание случая: «История моего супружества».

Когда я познакомился со своей женой, она была возлюбленной одного моего женатого знакомого. Эта связь длилась уже 3 года. Еще до нашей свадьбы моя жена посоветовала мне поговорить со своим психотерапевтом по поводу сексуальных проблем. На вопрос о причине этого она всегда отвечала только: это нужно чувствовать. Месяцами она уговаривала меня, из-за моих постоянных проблем с потенцией прооперировать мой фимоз. Однажды она сказала, что мужчины, которым было сделано обрезание значительно лучшие любовники. Тогда я прооперировался. После этого я заметил, что стало совсем плохо. Несмотря на мои 28 лет, я был еще очень неопытен, впал в панику и решил, что причина в том, что моя жена со мной ни разу не испытала оргазма. Когда терапевт через несколько сеансов дал некоторые советы, моя жена отклонила эти предложения и сказала, что мужчина каждый раз должен по-новому завоевывать свою женщину — все остальное будет изнасилованием в браке. К тому времени мы уже были женаты, я оставил психотерапию, хотя и не знал, что будет дальше. На мои робкие вопросы она всегда возражала: это лишь проблемы,

которые со временем улягутся, и я сам должен думать как мне выходить из этого положения.. Наши разговоры становились все поверхностнее, мы ограничивались обсуждением бытовых тем. Мы поженились спустя 6 мес. после нашего знакомства. Моя жена непременно сразу хотела иметь детей и не стала сдавать второй государственный экзамен на специальность учительницы. Через 4 мес. после свадьбы она в первый раз забеременела, это была тяжелая беременность и трудные роды — двойня. В 1972 г. родился наш третий ребенок; намного позднее было установлено, что этот ребенок, вероятно из-за слабости родовой деятельности, был умственно отсталым. Для нас началось трудное время...

Супруга: «После свадьбы я оставалась некоторое время в Н., где работала и только перед рождением близнецов переселилась к мужу в М. Я очень скоро почувствовала себя одинокой и общения мне очень не хватало. Мой муж никого, кроме своих родителей не приглашал домой. Мне казалось это ужасным, я привыкла к многолюдству и скоро после первого сверхтрудного периода, после рождения близнецов словно провалилась в какую-то дыру. Я хотела сама растить своих детей и в то же время скучала по работе. Родился наш третий ребенок. К радости прибавилось много забот. К. был нездоров».

Пациент: «В это время я подружился с одним своим коллегой, после чего вскоре познакомился и наши жены. Моя первоначальная открытость переродилась затем в неопи-суемый страх, когда я заметил, что этот «лучший друг» стал ухаживать за моей женой».

Супруга: «Моя супружеская жизнь становилась все скучнее, я влюбилась не думая по-началу о продолжении этих отношений. Я была очень подавлена и одинока, очень страдала и уже стала воображать себе, что эти новые отношения заменят мой нынешний брак. Я не могла долго вести двойную игру. Я все время пыталась прийти к определенному положению. В конце концов этот мужчина, естественно, вернулся к своей жене, от чего я была в ярости».

Пациент: «С этого времени у меня появились страхи. Я не следил за своей женой (не выслеживал), потому что доверял ей. Но с тех пор я страдаю эссенциальной гипертонией. Я все еще верил, что моему браку еще только угрожает опасность. Возник конфликт между женой моего друга и моей женой. У меня началась депрессия — я не знал, что это было. Мы снова обратились к психотерапевту, на этот раз это была семейная терапия: я питал большие надежды, но ничего никак не мог понять, т.к. моя жена не говорила о своей проблеме. Через несколько сеансов, по желанию моей жены, мы бросили это занятие. Я полностью погрузился в мою работу — там я хотя бы был признан. Моя работа в течение нескольких месяцев отвлекла меня от моих семейных проблем. Это чувство превосходства, по-видимо-му, усыпило мою предосторожность, так как я даже побывал на встрече с моими прежними друзьями, где был и первый любовник моей жены.

Супруга: «Я никогда не была так влюблена в моего мужа, никогда не чувствовала та-кой физической близости с ним, как это было с моим первым возлюбленным и со вторым женатым другом. Может это желание запретного делало этих мужчин столь привлекатель-ными?»

Пациент: «Спустя несколько дней, моя жена оттолкнула меня, когда я хотел ее об-нять и сказала, что чувствует себя уставшей. В постели она от меня отодвигалась. Она гово-рила, ссылалась при этом на свою знакомую, что если женщина должна заботиться о своей

тяжелобольной матери, как она, и еще имеет умственно отсталого ребенка, то муж должен уйти на второй план».

Супруга: «Взрослые дети покинули дом, я осталась со своим мужем, с которым не чувствовала себя комфортно, с младшим, который болен и требует много сил и с очень больной матерью, за которой ухаживаю после инсульта. Болезнь Паркинсона, которой мать болеет с 1970 г. тоже очень неприятна для окружающих и совершенно изматывает меня».

Пациент: «Я снова начал мастурбировать. В 1986 г. — инфаркт миокарда. В ноябре 1987 г. моя жена отправилась в санаторий, еще в 1986 г. она начала лечиться у психотерапевта, и после возвращения потребовала развода. Уход моей жены был для меня унижением и окончательным подтверждением моей неполноценности».

Супруга: «Лечение в Обербайерне было для меня очень полезным. В ноябре 1987 г. мы поместили К. в антропософское общество, и я смогла спокойно уехать в санаторий. Я много смеялась. В конце лечения я приняла решение расстаться со своим мужем. Я сказала ему об этом вернувшись домой».

Пациент: «Ищу смысл жизни в счастливых партнерских отношениях, в хороших отношениях с детьми и в усилиях для их благополучия. Смерть, как завершение выполненных планов. Я верю, что продолжаю жить в моих детях».

Проблемы партнера затрагивали различные актуальные способности:

Верность: для пациента верность была основой доверия партнеру и существенным элементом брака. В соответствии со своей личностной структурой он следовал концепции: «Верность до гроба». Желание жены расстаться он воспринял как оскорбление. Жена создала свою концепцию: «Так как для моего мужа развод неприемлем, я могу себе многое позволить без особого риска».

Концепция деятельности: ведение домашнего хозяйства не удовлетворяло супругу. Профессиональный успех мужа воспринимался ею как несправедливость к ней и детям. Образовался порочный круг: чем больше отдалялась жена, тем больше работал муж.

Сфера контактов: круг общения жены замыкался на женщинах, которые испытывали значительные трудности в партнерских отношениях. Солидарность женщин привела к тому, что они обсуждали свои проблемы между собой, но не со своими партнерами, что продолжало усугублять ситуацию.

Религиозная, мировоззренческая сфера: в связи со своими разочарованиями партнеры отrekliсь от своей церкви, перенесли это на религию вообще. Это привело к нерешенному вопросу о смысле жизни. После трех смертей близких людей в 1983 — 1984 гг. пережитое горе было перенесено на ситуацию в семье и осталось непереработанным.

Таким образом, для развития симптоматики сыграли роль кумулятивно действовавшие факторы. Как ключевая рассматривается функция партнерских кон-

фликтов. До настоящего времени проведено 12 психотерапевтических сеансов. История о корове, дающей и проливающей все свое молоко, была путеводителем для обоих партнеров на протяжении нескольких сеансов. Каждый старался выставить другого как нарушителя правил. После того как пациент согласился по желанию жены на развод, та задумалась о целесообразности развода в сложившейся ситуации. Кровяное давление больного нормализовалось.

Центральную роль в решении всех проблем и конфликтов играло нетерпение. В связи с этим была проанализирована актуальная способность *терпение*, чтобы скорее справиться с фрустрацией и скрытой агрессией.

Актуальная способность «Терпение»

Определение и развитие: способность принимать себя, других и ситуацию такими, как есть. Терпение равнозначно способности ждать, принимать собственные пути партнера, несмотря на возникшие сомнения и первоначальные ожидания, выносить частичное удовлетворение своих потребностей и уделять время другим. Развитие этой способности зависит от оценки сопутствующих актуальных способностей. Принципиально нетерпеливых людей не существует. Скорее есть люди нетерпеливые в отношении пунктуальности, аккуратности, бережливости, верности или трудолюбия/ деятельности и т.д.

Как об этом спрашивают: кто из Вас более терпелив или кто из Вас быстрее выходит из себя? В каких ситуациях и по отношению к кому Вы и Ваш партнер становитесь нетерпеливы? Что Вы ощущаете, когда Ваш партнер теряет терпение? Умеете ли Вы ждать? Легко ли Вы теряете самообладание? Кто из Ваших родителей был более терпелив? Как реагировали Ваши родители, если Вы вдруг проявляли нетерпение?

Синонимы и расстройства: стучать по столу кулаком; чаша моего терпения переполнена; словно кислотой облили; выходить из себя; держать себя в руках; мириться с чем-либо; выносить, терпеть; не терять самообладания; переносить; перетерпеть; быть хладнокровным; оставаться невозмутимым. — Нетерпение; терпение из страха; непоследовательность; сверхчувствительность; завышенные ожидания; честолубие, неумение слушать; невнимательность; высокомерие; головная боль; бессонница; тревога.

Особенности поведения: от нетерпения не стоит заниматься «самоедством». Можно об этом поговорить: напишите, чего Вы не терпите и чем Вы выводите из равновесия Вашего партнера; обсудите это с партнером в специально отведенное для этого время. Когда Вы расскажете партнеру о своей проблеме, дайте ему время подумать над Вашими и своими концепциями. Не стоит довольствоваться утверждением, что Вы — нетерпеливый человек. Подумайте, в каких ситуациях и по отношению к кому Ваше терпение покидает Вас. Если Вы уже потеряли терпение,

иногда лучше это себе простить, чем испытывать постоянное чувство вины за свое несдержанное поведение.

Стадия расширения системы целей дает каждому из партнеров возможность детально проанализировать свои отношения: какие формы партнерства я уже пережил? Какие формы партнерства мы практикуем сегодня? Чему позитивному мы уже научились в наших отношениях? С какими проблемами мы сталкивались? Как каждый из нас представляет себе продолжение наших отношений или разлуку, например, развод? Каждый из партнеров обладает теперь возможностью выразить свои пожелания. Анализ этого помогает больному осознать проблематику отделения и индивидуализации. Свои желания пациент сформулировал следующим образом:

В соответствии с моим сегодняшним душевным состоянием при помощи психотерапии я желаю избавиться от своих страхов перед расставанием со своей женой и вообще зависимости от своих близких. Пять желаний выглядят теперь иначе, чем изначально:

1. укрепление моего самосознания;
2. счастливое партнерство — возможно с другой женщиной;
3. и в дальнейшем хорошие отношения с моими детьми;
4. лучшее материальное положение;
5. найти такое занятие, которое приносило бы мне больше радости.

Приложение: опросник к *гипертонии и гипотонии*

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Хотите ли Вы, чтобы все было сделано «на 100 %»? «Закрывали ли Вы когда-нибудь глаза» на мелкие неточности? Чувствуете ли Вы иногда «давление на себя», бываете ли «под высоким напряжением»?
- 2) Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 3) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни?
- 4) Используете ли Вы для снятия напряжения физическую нагрузку?
- 5) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 6) Заставляет ли Вас Ваше честолюбие делать все «на 100%»? Можете ли Вы перепоручить дело другому?

- 7) Считаете ли Вы себя постоянно обязанным быть «при деле»? Испытываете ли Вы длительно чье-либо давление? Какие «мелочи жизни» (актуальные способности) заставляют Вас «вскипать»?
- 8) Случаются ли в Ваших партнерских взаимоотношениях такие «мелочи» (микротравмы), которые выводят Вас из себя («заставляют Вас лезть на стенку»)? Какие? Как Вы и Ваш партнер преодолеваете такие ситуации (*аккуратность, опрятность, пунктуальность, бережливость и т.д.*)?
- 9) Стараетесь ли Вы подавлять агрессивные порывы? На почве каких «микротравм» возникают эти агрессивные чувства?
- 10) Считаете ли Вы контакты с людьми утомительными и похищающими драгоценное время или требующими расходов?
- 11) Пережили ли Вы в последние 5 лет горе разлуки вследствие развода, переселения, смерти близких? Кто оказывал на Вас «давление»?
- 12) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 13) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

19. Головная боль и мигрень.

Способность давать выход напряжению и конфликтам через голову

Определение

Pschyrembel (1989) различает:

- 1) самостоятельные формы головной боли (мигрень, вазомоторная головная боль);
- 2) головная боль при заболеваниях отдельных органов;
- 3) головная боль при общих заболеваниях (инфекции, отравления и т.д.);
- 4) психогенная головная боль.

Симптоматика

Головная боль при напряжении чаще начинается постепенно, обычно бывает двусторонней и локализуется в затылке. Как правило, она ощущается постоянно, как сдавливающая, будто «обруч вокруг головы». Головная боль при напряжении может продолжаться сутками и часто сопровождается различными другими симптомами.

Приступ мигрени почти всегда начинается неожиданно, достигает своего максимума через один или несколько часов и может длиться до 12 ч. С самого начала боль обычно односторонняя. От височной области она постепенно распространяется на половину черепа или на весь череп. Боль может быть пульсирующей, в виде ударов и сверлящей. Она может усиливаться визуальным или акустическим раздражителем. В промежутках между приступами пациент здоров. Заболевание связывается со спазмами крупных артерий головы.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Мы располагаем данными о частоте головных болей у населения США; около 8% страдают классической или привычной мигренью и/или *Cephalaea vasomotorica*.
- Согласно *Neusk* (1964), головная боль Кластера, называемая также эритропрозопалгией или гистаминовой головной болью, встречается в США значительно чаще, чем в европейских странах. У турецких женщин, живущих в Германии, головная боль стоит на первом месте; они страдают головной болью чаще не только по сравнению с группой всех застрахованных, но и в сравнении со всеми другими иностранками в Германии.

- В зависимости от школы медицины считают мигрень либо наследственным, либо психосоматическим заболеванием.
- По мнению *Brautigam* и *Christian* (1973), головные боли можно назвать недугом 20% здоровых людей, причем женщины среди них встречаются несколько чаще. Люди, живущие в дискомфортных условиях, например, при супружеских конфликтах, страдают головными болями значительно чаще, особенно этому подвержены лица в возрасте от 30 до 60 лет.

Обзор литературы

Типичный пациент с головными болями, как показал в своих классических трудах *Wolff* (1948), — это обязательный, добросовестный, аккуратный, неуклонно стремящийся к достижениям и успеху человек, который тем не менее терпит крушение, почти достигнув своей цели. Высокую интеллектуальность пациентов с головными болями отмечают почти все авторы, указывая при этом на слаборазвитую эмоциональную сферу; *Loch* (1965) говорит, что, «вероятно, нужно уметь мыслить на относительно высоком уровне», чтобы «стать пациентом, страдающим головными болями».

По мнению *Diener* (1989), сегодня «перед наблюдателем предстает мозаика, складывающаяся из изменений мозгового кровообращения (*Lauritzen* и *Olesen*, 1984), изменений нейромедиаторов и чувствительности рецепторов, колебаний активности центральных структур вроде гипоталамуса и *Locus coeruleus*, и изменений тромбоцитов, что еще не дает возможности увидеть целостную картину (*Lance*, 1985; *Moskowitz*, 1984; *Pierce*, 1984). Этим объясняется и тот факт, что не существует идеальной терапии мигрени.

Пословицы и народная мудрость

Ломать голову; задеть за живое; потерять голову; вскружить голову кому-либо; быть без головы; это может доставить ему головную боль; иметь нимб вокруг головы; ломать мозги; голова раскалывается; рисковать головой; разбить голову о еще не снесенное яйцо.

Притча: «Напрасные заботы о долгах»

Один человек решил, что у него есть долги. Эта мысль с тех пор не оставляла его ни на минуту. Его мучила тоска, и он хотел свести счеты с жизнью. Он поделился этим со своим лучшим другом. Тот терпеливо выслушал все его заботы. Наконец, он заговорил о совсем другом. Это поразило страдальца. Его друг стал рассуждать не о его проблемах, а о том, что у него есть еще богатство, деньги, друзья, которые готовы ему помочь. Вдруг этот человек посмотрел на

свою ситуацию совсем другими глазами. Когда он перестал уделять своим напрасным заботам о долгах столько энергии, а стал смотреть на них с точки зрения реального положения дел, у него появилось достаточно сил и возможностей, чтобы решить свою проблему.

Аспекты самопомощи: развитие головных болей и мигрени с точки зрения позитивной психотерапии

Спастические головные боли прежде всего связывают с чрезмерными нагрузками на мышцы в области затылка, плечевого пояса и головы. То же самое относится к вазомоторным головным болям и мигрени. Но почему человек постоянно «подставляет свой лоб», «держит ухо остро», «стискивает зубы», «закусывает губу», бывает «твердолобым» и т.д.? Головные боли возникают вследствие изменений в сосудистом аппарате головы. Спастическое сужение сосудистого русла, так считают ученые сегодня, коррелирует с постоянным напряжением двигательного аппарата, а то и другое посредством вегетативной нервной системы тесно связано с душевным состоянием. При сильных эмоциях, длительных психических нагрузках и конфликтах очень легко могут возникнуть головные боли, если человек по своей конституции обладает очень лабильной, реактивной сосудистой системой.

Какое психологическое значение имеют головные боли? Голова в прямом и переносном смысле является «высшей» частью тела и отличается локализацией в ней особых органов (мозга и органа чувств).

Пациент с головными болями находится в двойственном положении. С одной стороны, он стремится серьезно и активно работать головой, а с другой — эта самая голова из-за болей являет собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Если голова человека все время испытывает давление (давление деятельности), то она как-никак должна начать болеть. Кроме того, головная боль является способом для разгрузки. Если, например, гнев или разочарование проявляются в головной боли, то телесную симптоматику обычно легче принять пациенту и его окружающим, чем психическую.

Часто пациенты с головными болями - выходцы из семей, где очень высоко ценятся разум и достижения. Родители нередко были сами людьми деятельными и не могли уделить своим детям ни достаточно тепла, ни времени и терпения, отводя мало внимания даже собственным телу и чувствам, а также общению - или на Востоке, наоборот, очень много контактов — и вопросам о смысле жизни и вере. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для своей рациональной деятельности. Они все больше идентифицируются с концепцией достижений родителей и привыкают к давлению извне. Неспособные расслабиться или получать удовольствие, они сами теперь подставляют свою голову под это давление, выбирая себе такие цели, которых они не в силах достичь. Отношения с

другими людьми также часто строятся в зависимости от того, насколько это выгодно для работы. В вопросах о мировоззрении, религии и будущем постоянно приходится сталкиваться с пессимистическими взглядами, что является следствием «интеллектуального негативизма».

Характерными концепциями для лиц с головными болями являются: «У меня нет времени», «Прежде всего работа», «Я все сделаю сам», «Я не делаю наполовину» и «Нужно же хоть чуть-чуть думать головой». У этих пациентов доминируют вторичные способности *усердие/деятельность, точность и добросовестность, аккуратность и обязательность*. Следует перестраивать, напротив, *искренность и откровенность, контакты, терпение, время, вера, надежда и любовь*.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при головных болях и мигрени

Описание случая: «У меня просто голова идет кругом».

С предельной точностью, минута в минуту, в дверь моей приемной позвонила больная 53 лет. При первом интервью она выглядела очень подавленной и часто плакала:

С февраля 1988 г. я перестала засыпать без снотворных. Около трех лет днем и ночью я страдаю сильными головными болями. Сюда же присоединяются страх, смертельная усталость, душевные страдания и сексуальные нарушения. Моя тревожность меня угнетает, я раздражена и взвинчена, я не могу выполнять предъявляемые мне требования. Моя невнимательность постоянно растет. Три года назад мы вместе с дочерью и зятем построили вместе 20-квартирный дом для сдачи площади внаем. Мой зять при поддержке моей дочери совершил растрату — почти полмиллиона марок — что теперь мы с мужем вынуждены выплачивать из своих сбережений. В ближайшее время мы должны еще раз уплатить большую сумму, нам нельзя болеть! После этих событий контакты с дочерью и внуком прекратились, мы больше их не видим. Я стараюсь смириться с этим, но у меня не получается. Я ощущаю себя подавленной, и у меня бывают сердцебиения. В июне 1988 г. мой муж попал в больницу. Стало совсем плохо, у меня просто голова идет кругом.

Актуальная конфликтная ситуация с болезнью и госпитализацией мужа, достигнув своего апогея, привела к постоянному эмоциональному перенапряжению, которое больная в течение 3 лет контролировала из последних сил и возможностей. Из-за болезни мужа была поставлена под вопрос возможность возмещения долга. Около трех лет пациентка находилась «меж двух огней» (муж — дочь). Она старалась восстановить равновесие в семье и найти возможность контакта с дочерью.

Пациентка всегда жила для семьи и своего дела, не особо заботясь о своем круге общения, так что ее нынешняя социальная изоляция привела к безнадежным взглядам на будущее. С тех пор как дочь, поддержав своего мужа, уехала вместе с

ним и ни разу не объявлялась дома, прошло два года, теперь она вдруг появилась с желанием вновь быть со своей семьей. В то время как пациентка хотела принять дочь, ее муж и трое других детей сильно возражали против этого. «Что я должна делать, что говорить? Внутри я хочу рыдать, внешне я должна смеяться. Я просто не могу больше».

В ответ на мою позитивную интерпретацию о том, что в последние годы ей пришлось столько пережить, что она будто потеряла от этого голову, была задета за живое, и это привело ее к таким головным болям, пациентка сказала: «Конечно, это неудивительно при том хаосе, в котором повинен мой зять!» В семье, где пациентка выросла, чрезвычайно важную роль играли актуальные способности вежливость/честность, аккуратность, трудолюбие, обязательность и бережливость. Неискреннее и расточительное поведение зятя вызвало «хаос» на работе, в семье и планах на будущее. В рамках ключевого конфликта учтивость/прямота пациентка была готова пожертвовать собой ради семьи, чтобы избежать «катастрофы». Она, однако, не осознавала, что ее собственные потребности будут навязчиво пробивать себе дорогу при помощи симптомов. Для развития расстройств существенную роль сыграли психосоциальные факторы. Они заключались в эмоциональном перенапряжении и страхе перед неудачами, страхе не суметь все преодолеть и организовать. В этой связи обсуждалась также актуальная способность *пример для подражания* (см. ч. II, гл. 37). Важным защитным механизмом, оказавшим микротравматическое влияние, стали психосоциальные нормы *бережливость* (см. ч. II, гл. 25) и *аккуратность*:

«Порядок для моего мужа всегда пишется с маленькой буквы, так же как и для его матери и отчасти для его братьев и сестер, которые в отличие от меня мало придерживаются порядка. Насколько я могу судить о себе, я очень аккуратна, почти педантична и точна, что у нас является причиной конфликтов. Мы два совсем разных человека, если не сказать полностью противоположных, разнополярных».

Актуальная способность «Аккуратность».

Понятие и развитие: способность организовывать и расчленять свое восприятие и все окружающее. Она направлена на различные системы отношений: разумный порядок вещей, традиционный порядок, интуитивный, полный фантазий, романтический порядок, внешний и внутренний порядок. Даже у неаккуратного ребенка есть свой порядок и свое осмысление порядка. Аккуратности учатся на примере родителей, ближайшего окружения, проходя через поощрения и наказания. Кажущаяся неаккуратность ребенка — это ступень в его попытках организовать свой мир. Основной функцией аккуратности является дифференцирование. Через него приобретается определенное отношение и доверие к вещам.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас больше ценит порядок? Есть ли у вас и были ли проблемы из-за неаккуратности (с кем)? Следите ли Вы за тем, чтобы Ваша

квартира (спальня, жилая комната, гараж, сад), Ваше рабочее место всегда были в идеальном порядке? При беспорядке Вы чувствуете себя ужасно или находите, что немножко беспорядка – это как раз то, что нужно (ситуация)? Кто из Ваших родителей в большей степени следил за порядком? Что случилось, если Вы в детстве не убрали свою комнату?

Синонимы и расстройства: наводить порядок, вкривь и вкось, хаотичный, неясный. Педантичность, навязчивый контроль, внутренняя напряженность, защищенность, агрессия, конфликты отцов и детей, профессиональные трудности, желудочные и кишечные расстройства.

Особенности поведения: Уже небольшая классификация, перестановки (макропорядок) зачастую создают необходимый вид. Ящик для вещей, которые в данный момент не нужны, предотвращает хаос в комнате. Все на своем месте. Находить вещи там, где их положили (микропорядок). Ребенок нуждается в своем собственном порядке, прежде всего в процессе игры. Если Вы что-то берете у своего партнера, скажите ему об этом. Вы сохраните себе и ему время и нервы. Думали ли Вы когда-нибудь взять пару дней отпуска, чтобы навести порядок?

Целью терапии была переработка неактивных сфер (расширение сферы Тело-Я, межличностные контакты и воображение, фантазия). Параллельно с этим проводился анализ акцентированных сфер на протяжении жизненного пути. Пациентка осознала, что одной финансовой стабильности недостаточно для планирования будущего. Притча «Напрасные хлопоты из-за долгов» сыграла для нее роль зеркала. Она могла бы рассчитывать на других людей, которые были готовы ей помочь. Муж, дочь и остальные дети также были привлечены к психотерапии. Если раньше она все брала на себя и сама должна была принимать решения, теперь она могла обсудить все свои проблемы с партнером и всей своей семьей. Головные боли в результате постепенно перестали ее беспокоить. Пациентка способна понять смысл этих расстройств и в состоянии справляться с неожиданностями. До настоящего момента проведено 18 встреч.

Приложение: опросник к *головным болям и мигрени*.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Вы когда-нибудь размышляли так, что «ломали голову» или «голова трещала»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?

- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) Как Вы лечились до сих пор? Как Вам объясняли Ваше заболевание?
- 4) Практикуете ли Вы аутогенную тренировку, прогрессивную мышечную релаксацию по *Jacobson* или аналогичные упражнения? Придерживаетесь ли Вы диеты?
- 5) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 6) Почему сужаются кровеносные сосуды в голове? Кто-то «не обратил на Вас внимание» («перепрыгнул через Вашу голову»)? Считаете ли Вы, что к некоторым делам «нужно приложить голову»? Делали ли Вы что-либо «сломая голову»?
- 7) Считают ли Вас «светлой головой» или «глупцом»? Часто ли Вы кажетесь «безголовым», теряя рациональный контроль над собой?
- 8) Можете ли Вы открыто выражать свои чувства?
- 9) Является ли для Вас общение с друзьями, знакомыми, гостями разгрузкой и расслаблением или Вы еще в преддверии встречи начинаете волноваться («Будут ли они довольны?... У других было больше, что предложить на стол?...После придется снова все убирать!»)
- 10) Думаете ли Вы о своем будущем чаще пессимистично? Что Вы понимаете под выражением «интеллектуальный пессимизм»? Характерно ли для Вас «быть всегда в заботах»?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

20. Рак

***Способность съесть самого себя;
способность бороться или сдаваться.***

Определение

Под раком понимают быстрый инфильтративный рост тканевых клеток. Раковые клетки забирают кислород и питательные вещества у здоровых клеток, что вызывает повреждение и гибель последних. По кровяному и лимфатическому руслу частички опухолевой ткани могут проникать даже в отдаленные органы, где начинают образовываться так называемые дочерние опухоли (метастазы). Если не удастся остановить этот злокачественный процесс, то поражаются и окружающие опухоль ткани.

Симптоматика

«Рак» — это не название одного единственного заболевания: на настоящий момент известно около 100 различных его форм. Некоторые раковые опухоли растут очень медленно и имеют хороший прогноз на излечение, другие проявляются только тогда, когда болезнь достигает такой далекозашедшей стадии, которую называют из-за этого «коварной» и «предательской». Точная причина заболевания еще не раскрыта до конца. В общем принято считать, что рак может развиваться в результате хронического или особо интенсивного воздействия определенных раздражающих (канцерогенных) веществ.

Транскультурный подход и эпидемиология

Специально созданная Комиссией Европейских сообществ (1989) исследовательская группа представила следующие данные:

- **Смертельный исход от *рака легких у мужчин*:** районы с наиболее высокой заболеваемостью на сегодняшний день (Великобритания, страны Бенелюкса, Германия, северная Италия) являются зонами с особенно высоким потреблением табачных изделий 15 — 20 лет назад; согласно исследованиям, этот промежуток времени соответствует сроку между началом курения и развитием ракового заболевания.
- **Смертельный исход от *рака пищевода у мужчин*:** алкоголизм, усугубляемый курением, объясняет исключительно высокую смертность на западе Франции.

- Смертельный исход от *злокачественной меланомы у мужчин*: это злокачественное заболевание кожи приносит больше всего жертв в Северной Европе (Дания, Германия, Великобритания). Для лиц со светлой кожей основным фактором риска является случайное, но чрезмерное солнечное облучение.
- Смертельный исход от *рака груди у женщин*: цифры смертности особенно высоки в Северной Европе: Дании, Великобритании, Ирландии, Голландии. К факторам риска относится избыточная масса тела, а также богатое животными жирами питание. Эти данные нуждаются еще в подтверждении.
- Смертельный исход от *рака желудка у женщин*: смертность особенно высока в северной Италии и Португалии. Вероятно, фактором риска является недостаток свежих овощей и фруктов в пище.

Обзор литературы

Имеющиеся на сегодняшний день результаты психосоматических исследований онкологических больных позволяют говорить о взаимосвязи эмоций, центральной нервной системы и иммунной системы. *Bartrop* и соавт. (1979) обнаружили у овдовевших супругов спустя пять недель после смерти партнера отчетливое ослабление иммунной системы (токсическая зернистость лейкоцитов). *Kissen* (1967) выявил у больных раком легкого частое нарушение способности к выражению эмоций, сочетающееся с повышенной продукцией стероидов и снижением иммунной защиты. *Greens* (1966) установил влияние травмирующих жизненных событий и трудностей в преодолении конфликтов на иммунную систему. *Grossarth-Maticek* (1980) исходит из того, что все канцерогены синергично взаимосвязаны с психосоциальными факторами. В перспективном исследовании, посвященном раку легкого и курению, он показал, что физический фактор риска — курение — действует канцерогенно только тогда, когда он сочетается с психосоциальным фактором риска (например, длительно существующее состояние безнадежности).

Действие определенных установок на предрасположенных к раковому заболеванию людей изучали *Leshan* и *Worthington* (1956), *Schmale* и *Iker* (1966), *Bahnson* (1969) и *Greene* (1966): уже до проявления заболевания у обследованных лиц были выявлены чувства подавленности, безнадежности и отчаяния.

Результаты исследований *Kissen* (1967), *Bahnson* (1969) и *Grossarth-Maticek* (1980) показали, что игнорирование и подавление чувств и конфликтов могут повышать риск развития злокачественной опухоли.

Пословицы и народная мудрость

Его что-то гложет; прекратить борьбу; отравлять себе жизнь; бич человечества; это изнурило его; смерть приходит в рассрочку; примириться со своей судьбой;

крест нашего времени; быть похищенным; поедать или быть пожираемым; жить на чужой счет; беззастенчиво разрастаться; я или другие; предательски.

Притча: «Волшебник»

Однажды мулла отправился в кладовую за орехами, так как жена обещала сварить ему фезенъян, кушанье, в которое добавляют орехи. Предвкушая, как он будет наслаждаться своим любимым блюдом, мулла глубоко засунул руку в сосуд с орехами и захватил так много в пригоршню, что не мог вытащить руку. Как он ни тянул руку, как ни дергал, сосуд не выпускал ее (рис. 24). Он жаловался, стонал и даже ругался, чего, собственно, мулла не имеет права делать. Но все было напрасно! Даже когда жена взялась за сосуд и изо всех сил потянула его на себя, то и это не помогло. Рука застряла в горлышке сосуда. После многих бесплодных попыток они позвали на помощь соседей. Все с интересом следили за тем, что происходило. Один из соседей посмотрел на беднягу и спросил его, как это могло случиться. Плаксивым голосом, со стонами отчаяния мулла поведал ему, какая беда стряслась с ним. Сосед сказал: «Я тебе помоги, если ты точно будешь исполнять то, что я скажу!» «Я готов целовать тебе руки и делать все, что ты прикажешь, только освободи меня от этого чудовища-сосуда!» «Тогда



Рис. 24. Мулла и кувшин с орехами.

засунь по локоть всю руку в сосуд». Мулла очень удивился: зачем ему было глубже засовывать руку в сосуд, если он хотел ее выволить оттуда? Однако он сделал так, как ему велели. Сосед продолжал: «Теперь разожми кулак и пусть выпадут орехи, которые ты в нем зажал». Это приказание вызвало недовольство муллы: ведь он как раз хотел достать орехи для своего любимого кушанья, а теперь ему велят их вышутить. С неохотой он выполнил и это указание. «Теперь выпрями пальцы, прижми их друг к другу и медленно вытягивай руку из сосуда». Мулла сделал, как ему велели, и о, чудо, без труда вытащил руку. «Моя рука свободна, но как же я достану орехи?» - недоумевал мулла. Тогда сосед взял сосуд, нагнул его и высыпал столько орехов, сколько было нужно мулле. Вылупив глаза и разинув рот от изумления, мулла посмотрел на все это, а потом сказал: «Уж не волшебник ли ты?».

Аспекты самопомощи: развитие онкологических заболеваний с точки зрения позитивной психотерапии

а) Жалобы и физиология

Деление и размножение клеток обеспечивают рост организма и постоянное обновление клеток. Это является нормальным физиологическим процессом до тех пор, пока образуется клеток не больше, чем требуется. Процесс только тогда становится патологическим, когда определенная группа клеток начинает бесконтрольно размножаться, проникает в соседние ткани и разрушает их. Сами по себе раковые клетки не выполняют никакой функции. Особый статус злокачественные заболевания получают еще и потому, что может быть поражен любой орган.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения

Пациент воспринимает заболевание как угрозу всему своему существу. Он боится не только боли, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, что ведет к ограничению контактов. Именно в нашем обществе с подчеркнутой ролью деятельности потеря физических сил и способности к профессиональному труду переносится особенно тяжело. Рак в целом не является таким повседневно встречающимся заболеванием (несмотря на широкую распространенность), как, например, инфаркт миокарда или сахарный диабет, и последние не менее «опасны». Иметь онкологическое заболевание означает больше: рак - это что-то неизлечимое, это «послание смерти». С другими людьми так просто об

этом тоже не поговоришь. Часто возникает даже страх произнести слово «рак», как будто на нем лежит табу. Даже врачи нередко не называют болезнь своим именем, и с пациентом не обсуждается возможное течение заболевания. Все описывается в общих чертах, пациент имеет о болезни смутное представление; часто ему вообще ничего не говорят, что, однако, еще больше усиливает сомнения пациента, но никак не помогает ему. Больной ощущает себя покинутым.

Больной раком склонен к уходу в работу. Сфера разум /деятельность развита у него сильно. Хорошая должность, надеется он, даст ему уверенность и признание. Поэтому он тяжелее переносит промахи. Неудачи на работе нередко обнаруживаются перед началом злокачественного заболевания. Так же тяжело переживает он потерю близкого человека. Типичный западный раковый больной очень часто культивирует исключительные отношения только с одним человеком, игнорируя внешние контакты. Он охотно жертвует собой ради родителей, детей или супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов вынести все, лишь бы не потерять партнера. Если по какой-либо причине дело доходит до развода, этот «удар судьбы» может вывести больного из психофизического равновесия.

Сфера фантазий бывает ограниченной. Воображение развивается, кажется, только в направлении страхов, тревог, сомнений. Больные со злокачественными опухолями часто не имеют осознанных представлений о желаемом, а если имеют, то у них не хватает мужества реализовать то, что они бы хотели сделать, то, о чем мечтали. Экспансивные намерения были у них подавлены обычно еще в детстве или же их цели, связанные с самопожертвованием, не имеют пределов. С этой точки зрения заболевание раком является сигналом для интеграции четырех сфер переработки конфликтов, чтобы уменьшить самостоятельное существование («метастазы») отдельных жизненных сфер. Большую помощь в этом может оказать выяснение и дифференцировка микротравматических переживаний в последние 5 — 10 лет.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

На основе данных многочисленных исследований личности а также используя мои собственные данные, за последние 26 лет, как у манифестных больных раком, так и у больных с другими диагнозами, на момент исследования можно сделать вывод о том, что модели для подражания и их базовые концепции отношения к своему телу (здоровье/болезнь, эстетика, питание), к профессии и работе, к общению с людьми/партнерству, к будущему и жизненной философии являют собой отличный способ познакомиться с субъективной оценкой пациентом развития, течения и прогноза болезни. Семейные концепции типа «что с того?» или «все это все равно не имеет смысла», «нужно принимать все так, как есть», «здоровье — это все, жизнь без здоровья — это ничто» воспринимают будущее закрытым и

безнадежным. Часто эти люди, уже будучи взрослыми, страдают от этих взглядов. Собственные потребности они или вообще не воспри-

нимают, или игнорируют их. Выразить свои чувства им очень сложно. Нередки проблемы в сексуальной области. Они не научились последовательно преодолевать эмоциональные проблемы и освобождаться от повседневного раздражения. Проблемы будто «въедаются» в них.

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

Решающее значение для психосоматического понимания злокачественных заболеваний имело открытие факта, что иммунная система человека тесно связана с возникновением ракового заболевания, т.е. от сопротивляемости организма, его защитных сил зависит, «спокойно» ли ведут себя клетки или начинают безудержно размножаться. Известно, что защитные силы организма ослабляются душевными травмами, так что эмоции также могут влиять на возникновение и течение рака. Благодаря многочисленным научным исследованиям, которые подтверждают это предположение, сегодня уже не приходится сомневаться, что психические факторы играют важнейшую роль в развитии онкологических заболеваний. И этот факт важен не только для возникновения, манифестации и роста опухоли, но и для ее уменьшения. Последнее может придать нам сил и оптимизма: не стоит пускать заболевание на самотек, мы можем сделать кое-что для выздоровления.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при онкологических заболеваниях.

Описание случая: «Беда никогда не приходит одна»

Пациентка 45 лет с 1977 г. живет в разводе; до настоящего времени продавщица в магазине мужа, две дочери (в возрасте 17 и 15 лет); родители живы, есть брат и сестра, католичка. Больную направил ко мне эксперт, занимающийся бракоразводными делами. Он поставил вопрос о необходимости или возможности расторжения брака в данный момент с точки зрения психотерапевта. Речь шла о состоянии после операции по удалению груди и матки вследствие карциномы или карциноматозного перерождения. Пациентка выглядела очень подавленной и беспомощной. Симптоматически были выявлены также фобии, нарушения сна, тревожность и суицидальные намерения. В первом интервью я попытался выявить кумулятивно действующие факторы, влияющие на развитие и прогноз нарушений. Ниже приведены важнейшие сведения, полученные в процессе психотерапии на пяти стадиях:

1. В 1977 г. у больной была удалена матка. Поводом для этого было карциноматозное перерождение доброкачественной опухоли. Это событие было для женщины вдвойне тяжелым: обоснованный страх перед новым развитием рака повлек за собой серьезные переживания, которые приобрели депрессивные и меланхолические черты; удаление матки переживалось как физическая неполноценность. Хотя это событие не означало изменения качества сексуальной жизни, пациентка стала ощущать себя, отчасти неосознанно, «неполноценной женщиной». Это обусловило чрезвычайную чувствительность ко всему, что могло быть хоть сколько-нибудь интерпретировано как оскорбление Я. Развитие этой симптоматики по времени совпало с неоднократной неверностью мужа в последние три года. После операции, как надеялась больная, ее супружеские проблемы улягутся.
2. В декабре 1979 г. вновь был поставлен диагноз злокачественной опухоли и была удалена левая грудь. Это событие обострило уже назревший конфликт; Если до этого чувство физической неполноценности было существенной проблемой самой пациентки, то теперь в связи с операцией это стало супружеской проблемой.
3. За три года до начала заболевания больная узнала, что у ее мужа появилась связь с другой женщиной. Муж все время отрицал это. За 10 нед до операции по удалению матки он, наконец, признался, что у него есть другая женщина и он хочет развестись. Это явилось для больной глубочайшей обидой, что усилило возникшую депрессию. «Несмотря на все предшествовавшие супружеские неурядицы», она почувствовала себя брошенной в беде в самый ответственный момент своей жизни. Помимо «неверности», которая, по-видимому, вернула прежние страхи из детства, большую роль сыграло чувство несправедливости обращения с ней: «Вместе со своим мужем я участвовала в деле, вместе с ним строила дом. Я старалась день и ночь, а теперь меня бросили в беде. Да, беда никогда не приходит одна».
4. В такой обстановке она прожила до июня 1981 г., когда муж действительно выселился из их общей квартиры. Конфликты, которые до сих пор были в тени, вырвались наружу и повергли больную в полную безнадежность. Были поставлены под вопрос не только общие перспективы на жизнь с мужем, но и вообще планы на будущее (канцерофобия). С этими конфликтами ей надлежало бороться, хотя существенные аспекты внутренних душевных защитных механизмов уже были подорваны или вытеснены.

Эти факторы, воздействовавшие в течение многих лет, приобрели для больной травмирующий характер. При сопутствующих перегрузках на работе возникли социальная изоляция, страх перед будущим и безнадежность, патологическая реакция горя с вегетативными симптомами на базе депрессивной структуры невроза. Развод в данный момент казался женщине невыносимым событием, но тем не менее, она иногда думала о возможности отделения, ей нужно было время, чтобы суметь пережить это в реальности.

С врачебной точки зрения я предложил отсрочить развод на 6 мес. Это дало возможность провести за это время конфликт-центрированную психотерапию. Акцентами при этом стали четыре сферы переработки конфликтов, четыре модели для подражания и анализ актуальных способностей *верность, доверие, контакты и вера/надежда*.

По сути я пессимист. Для меня многое уже предопределено. Я могу надеяться только тогда, когда вижу что-то позитивное или успех. Например, перед каждым отпуском я убеждена, что из него ничего хорошего не выйдет, потому что наверняка, будет лить дождь или стоять невыносимая жара. Но если настает погожий солнечный денек, у меня появляется надежда, что, быть может, мой отпуск удастся провести хорошо. Я надеюсь, что мои дети когда-нибудь поступят в вузы. Но если я обнаруживаю вдруг у них какое-либо слабое место (например, недостаточную внимательность), я перестаю верить в это и думаю, что им это никогда не удастся. Я надеюсь только тогда, когда могу положиться на других. Я надеюсь, например, что мои разрушенные отношения удастся восстановить, потому что полагаюсь на Вас и думаю, что Вам-то это удастся. Я также очень надеюсь, что наш брак можно спасти, он станет крепче и никогда уже не даст трещину. С другой стороны, меня постоянно посещают мысли о том, что раз мой муж меня оставил, мне придется жить дальше одной. Я надеюсь на многое (например, что будет мир), но я не могу полностью в это верить. Мои бабушка и мать никогда не надеялись на что-либо хорошее. Они всегда желали себе только смерти, потому что все было очень плохо, и жизнь не имела никакого смысла. Когда я ребенком выражала какую-то надежду, в ответ всегда говорилось только: «Ты еще узнаешь, что ничего из этого не выйдет».

С больной обсуждались и анализировались актуальные способности *сомнение /уверенность* (см. ч. II, гл. 7), *надежда* (см. ч. II, гл. 14), *единство* (см. ч. II, гл. 39) и *верность* (см. ч. II, гл. 35), которые в форме невротической навязчивости приводили к актуализации базового конфликта. Так как женщина любой ценой хотела сохранить партнерские отношения, хотя, как она сама признавалась, это не имело смысла, я рассказал ей притчу «Волшебник». Эта история послужила медиатором на протяжении 15 сеансов и облегчила изменение ее отношения к этой проблеме, позволила отказаться от своих намерений и увидеть в этом новые перспективы.

Как показывают мои 18-летние исследования и совместная работа с врачами различной специализации, которые работают с онкологическими больными, четыре формы переработки конфликтов предоставляют хорошую возможность для диагностики, терапии и прогноза заболевания:

- 1) Безднадежность пациента может быть преодолена при обсуждении вопросов типа «Откуда я — зачем я?» и вопросов о смысле жизни, смысле болезни.
- 2) Социальную изоляцию легче всего преодолеть, если мы настраиваем пациента на общение с партнером, детьми, семьей, друзьями и знакомыми в зависимости от конкретной ситуации.
- 3) Стрессовую ситуацию можно преодолеть, проанализировав травматически влияющие на пациента актуальные способности на работе.
- 4) Стабилизацию физических факторов, с одной стороны, можно обеспечить соответствующей химиотерапией релаксационными методиками и правильным питанием, с другой - сбалансированностью отношений в трех других сферах.

Приложение: опросник для онкологического больного

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Кто и когда сообщил Вам о Вашей болезни?
- 2) Беспокоитесь ли Вы о своих физических функциях и способностях?
- 3) Ощущаете ли Вы себя, с Вашей точки зрения, ущемленным?
- 4) Насколько хорошо информированы Вы о характере Вашего заболевания и возможном его течении, включая шансы излечения?
- 5) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 6) Какие актуальные способности (*аккуратность, пунктуальность, честность, вежливость, искренность, трудолюбие, бережливость, справедливость*) Вы больше всего цените в себе и в Ваших коллегах, сотрудниках и начальнике?
- 7) Каких установок и поведения ожидают от Вас на работе?
- 8) Можете ли Вы непринужденно говорить с Вашими близкими о своем заболевании?
- 9) Связано ли слово «рак» для Вас с определенным табу?
- 10) Чувствуете ли Вы себя одиноким?
- 11) Можете ли Вы открыто проявлять Ваши чувства?
- 12) Можете ли Вы выражать свои потребности или скрываете их? Жертвуете ли Вы собой ради других?
- 13) Считаете ли Вы, что все в конечном счете не имеет смысла и нужно принимать все, как есть?
- 14) Кажется ли Вам будущее прегражденным и безнадежным?
- 15) Является ли для Вас здоровье всем, а жизнь без здоровья — ничем?
- 16) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 17) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

21. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Способность давать выход напряжению и конфликтам

Определение

С медицинской точки зрения при язве желудка речь идет о нарушении равновесия между факторами, защищающими слизистую оболочку и агрессивными по отношению к ней, что приводит к своего рода самоперевариванию стенки желудка. При *Ulcus duodeni* в той части тонкой кишки, которая непосредственно граничит с желудком, образуются язвы слизистой оболочки. По *Arnold* (1982), для возникновения язвы двенадцатиперстной кишки постулируется «агрессивный принцип», заключающийся в повышении концентрации кислоты и пепсина, «защитный принцип», который подразумевает все цитопротективные эффекты и «центральный принцип» как фактор влияния центральной нервной системы.

Симптоматика

Ведущим симптомом при язве желудка является колющая, давящая боль или рези в области желудка, которые почти всегда по времени возникновения связаны с приемом пищи. Хроническая язва может протекать почти без жалоб и выявляется только при наличии осложнений в виде кровотечений или перфорации желудка. Симптоматика при язве двенадцатиперстной кишки аналогична таковой при язве желудка.

Транскультурный аспект и эпидемиология

В западных странах язвой двенадцатиперстной кишки болеет каждый десятый. По данным *McGuigan* (1980), частота заболевания оценивается как 2—15%. У беженцев и переселенцев язва выявляется чаще. Мужчины болеют язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в 5—8 раз чаще женщин. Наивысшая заболеваемость отмечается у мужчин в середине пятого десятилетия жизни, у женщин заболеваемость растет в постменопаузе.

По моим наблюдениям, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникают у эмигрантов прежде всего потому, что языковые и социальные проблемы приводят к социальной изоляции. Кроме того, изменяются характер и значение питания.

Обзор литературы

Уже в 1927 г. Silbermanн показал возможность образования язв желудка у собак при мнимом кормлении. Связь между эмоциями и функцией желудка у человека отчетливо доказали Engel и соавт.(1956). Zander (1981) с помощью рентгена показал, что желудок спастически реагирует на специальные вопросы о ситуациях, связанных с озлобленностью и завистью. С психоаналитической точки зрения (Alexander, 1933, 1934) язвенная симптоматика представляет собой реакцию на препятствия орально-рецептивных стремлений. По Battegay (1982), язва является результатом болезненного голодания.

Пословицы и народная мудрость

Очень тяготить (в нем.: тяжело на желудке); рассердиться до дыры в животе; лопаться от злости; поедать себя от тщеславия; язвительно реагировать; не переваривать что-то или кого-то.

Притча: «Месть соглашающегося»

В саду одного мудреца жил великолепный павлин. Эта птица была отрадой садовника. Он ее пестовал и лелеял. А завистливый и жадный сосед все заглядывал через забор и никак не мог смириться с тем, что у кого-то есть павлин более красивый, чем у него. От зависти он швырял камнями в птицу. Это увидел садовник и очень рассердился. Но павлин, по-прежнему, не давал покоя соседу. Тогда он решил взять садовника лестью и спросил, не даст ли тот ему хоть одного павлиньего птенца. Садовник наотрез отказался. Тогда сосед смиренно обратился к мудрому хозяину с просьбой, не мог ли он дать ему хотя бы одно павлинье яйцо, чтобы подложить его наседке, а она высидит птенца. Мудрец попросил своего садовника подарить соседу одно яйцо из павлиньей кладки. Садовник сделал то, что ему велели. Через некоторое время пришел завистник к мудрецу с жалобой: «С яйцом что-то неладное, мои наседки неделями сидели на нем, однако павлиньи птенец не вылупился», — и, сказав это, он удалился разгневанный. Мудрец позвал садовника: «Ты ведь дал нашему соседу яйцо? Почему же из него не вылупился птенец павлина?» Садовник ответил: «А я, прежде чем дать ему, сварил яйцо». Мудрец с удивлением посмотрел на него, а садовник ответил в свое оправдание: «Вы велели подарить ему одно павлинье яйцо, но о том, что оно должно быть вареным или сырым, вы ничего не сказали...»

Аспекты самопомощи: развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с точки зрения позитивной психотерапии

Неудовлетворенная или чрезмерно сильная потребность в привязанности и надежности, как и пища, перерабатывается желудком. Желудок реагирует так,

будто человек голоден. Психологические причины отражены в следующих вопросах: почему человек вредит себе, например, чрезмерным потреблением кофе, алкоголя и никотина? Почему он не может решать свои проблемы иначе, как доставлять своему организму вещества, которые приносят кратковременное облегчение, создавая себе тем самым со временем новые физические, психические и социальные проблемы?

У большого числа больных, страдающих заболеваниями желудка стремление к профессиональному успеху и деньгам вытесняют заботы о духовной пище.

Сфера контактов часто недостаточно развита. При расставаниях, потере защищенности, часто происходит обострение болезни.

Стремление к привязанности, завышенные ожидания и притязания играют в сфере фантазии выдающуюся роль. При помощи воображения человек хотел погрузиться в лучший мир. В родительском доме пациентов с язвой желудка важную роль играли прежде всего достижения и бережливость. Чувства типа озлобленности и гнева не выражались открыто, а как бы «проглатывались», «съедались» (неправильно понимаемая учтивость). Иногда, однако, встречаются и такие родители, которые просто «перекармливали» своих детей едой и вниманием. С другими людьми семья обычно мало общалась («Гости стоят времени и денег»). Воображение было занято преимущественно сферой деятельности. Религиозные вопросы считались второстепенными.

В своем самом сокровенном больные по-прежнему тоскуют по тому, чтобы, как детей, их кормили, любили и оберегали.

Глубинная психология указывает на особую роль желудка и кишечника в развитии человека (рис. 25). Для ребенка быть вскармливаемым и укачиваемым зна-

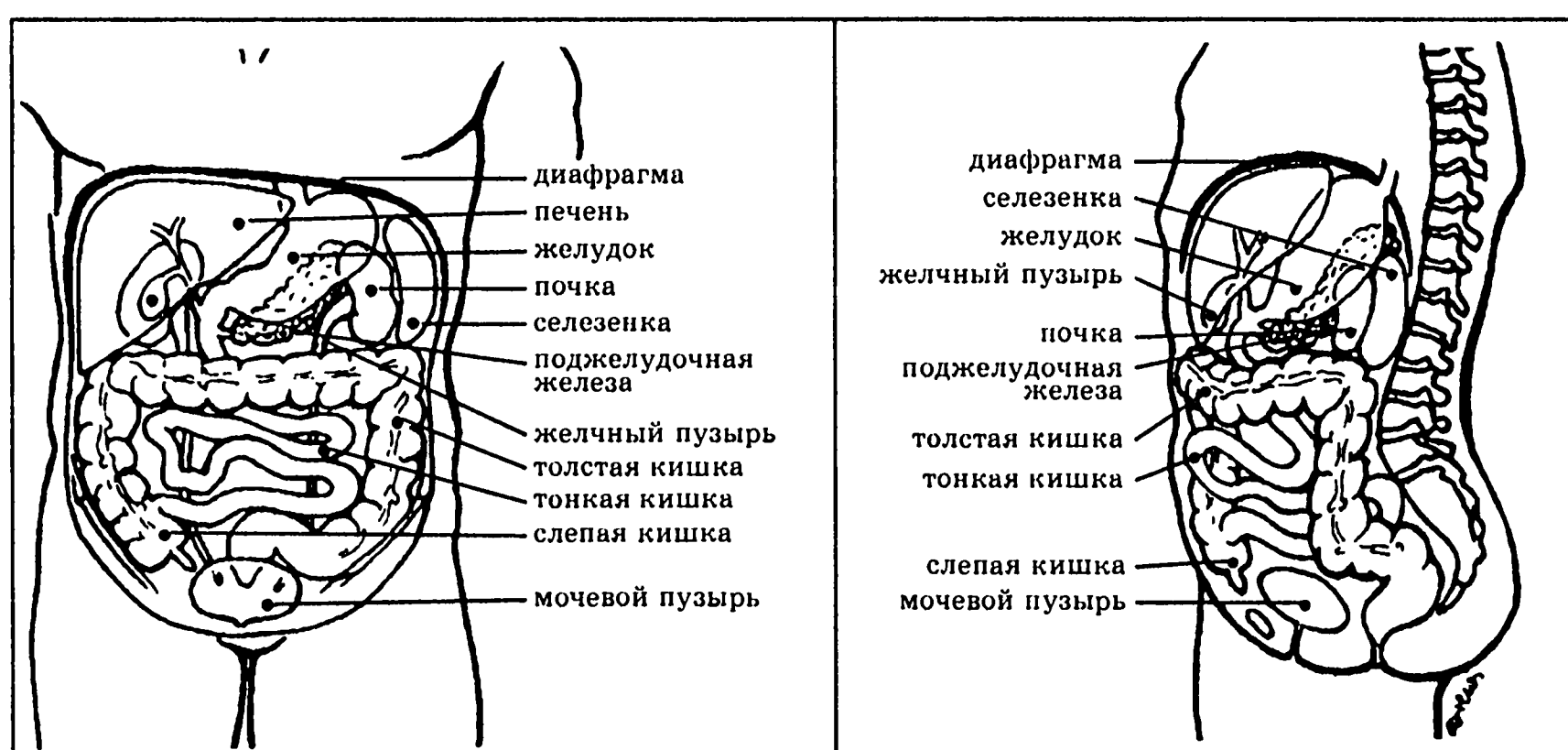


Рис. 25. Анатомия органов брюшной полости

чит быть оберегаемым и любимым. Он узнает также, что процесс приема пищи связан с тем, чтобы нечто брать и отдавать, имеет общее с обладанием, владением, послушанием, озлобленностью и отвержением. Эти взаимосвязи находят свое отражение и в крылатых выражениях. Если у кого-то «что-то давит на желудок» или если он «не может что-то переварить», это раздражает его «до рвоты», от этого «делается дурно, тошнит», то человек, в конце концов, «наживает себе дыру в желудке», разочарование «съедает» его. Кто-то становится, «как кислота», или реагирует, «показывая зубы».

Не может быть совпадением, что от больных с язвой двенадцатиперстной кишки мы часто слышим выражения о проявлении гнева, желании мести и расплаты.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки

Описание случая: «Порядок для моей жены ~ это книга за семью печатями»

Пациент 38 лет, у которого рентгенологическими и лабораторными методами был подтвержден диагноз язвы двенадцатиперстной кишки, уже дважды побывал на стационарном лечении. При первой беседе у меня в консультации он был даже более чем просто обходителен: говорил вежливо и дружелюбно, редко выражая свое мнение. После позитивного толкования симптома на первом психотерапевтическом сеансе о том, что он «обладает способностью телесными расстройствами уделить внимание пренебрегаемым жизненным сферам», ему стало легче перейти к разговору о развитии заболевания. Незадолго до появления жалоб больной резко поменял место работы, что привело к перегрузкам и перманентной фрустрации. Отношения с шефом в этой обстановке реактуализировали и без того конфликтные отношения с отцом и старшим братом. В семейной жизни все чаще стали возникать разногласия между ним, его женой и детьми. Он жаловался не только на то, что дети «делают, что хотят», но и на неаккуратность своей жены.

Актуальные способности *усердие/деятельность* (перенапряжение на работе), *послушание* (шеф, дети) и *аккуратность* (см. ч. II, гл. 19) оказывали на него микротравмирующее действие. Ритуализированная вежливость мешала пациенту открыто обсудить конфликты, он замкнулся в себе. Он вырос в семье, где труд и достижение были критериями эмоционального принятия и внимания. Девизом его отца, бывшего офицера, было: «Если ты что-то умеешь, тогда ты из себя кое-что представляешь!» Старший брат всегда ставился ему в пример.

На третьей ступени больному под гипнозом была рассказана притча «Месть соглашающегося». Его образное представление облегчило ему идентификацию с героем. Он смог перенести свои потребности на притчу. Его реакции были в свою очередь сопротивлением психотерапевтической работе. Его проблематика авторитетов по содержанию сводилась, прежде всего, к актуальным способностям *усердие / деятельность* (см. ч. II, гл. 9), *аккуратность* (см. ч. II, гл. 19) и *послушание*.

Актуальная способность «Послушание»

Понятие и развитие: способность выполнять просьбы, распоряжения, приказы авторитетного лица. Послушание предполагает наличие прежде всего таких актуальных способностей, как аккуратность, пунктуальность, трудолюбие/деятельность и др. Послушание развивается посредством наказания или угрозы наказания, а также поощрения и похвалы за выполненные распоряжения или же на примере кого-либо из близких людей.

Как об этом спрашивают: кто из Вас больше ценит послушание, дисциплину? Кто из Вас более склонен отдавать приказы? Нравится ли Вам, когда другие (партнер, коллеги, начальник, родители) говорят, что Вы должны делать? Есть ли и были ли у Вас проблемы по поводу послушания или непослушания? Кто из Ваших родителей больше ценил послушание? Как реагировали Ваши родители на непослушание?

Синонимы и расстройства: следовать каким-либо советам, указам; самоотверженный, поджать хвост, не пикнуть; уступать без сопротивления; роптать; бунтовать; сопротивляться. — Вера в авторитеты, единоначалие; кризис авторитарности; страх; агрессия; сопротивление; обгрызание ногтей; энурез; неумение сконцентрироваться.

Особенности поведения: крик и грубость никогда не обеспечат послушание и дружескую обстановку. Девиз: попробуйте взять вежливостью. Когда человек знает, почему он должен что-то сделать, он сделает это быстрее. Другой тоже может быть прав.

В рамках групповой терапии с применением психодрамы развивались мало участвовавшие до сих пор сферы контактов и фантазии. После 30 сеансов в течение 6 мес. пациент субъективно избавился от симптомов, а объективно на рентгенограмме не обнаруживалось болезненных изменений.

**Приложение: опросник к заболеваниям желудка
и двенадцатиперстной кишки**

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

**Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты —
фантазии / будущее**

- 1) Тяготит ли Вас что-нибудь в нем: («Ощущаете ли Вы тяжесть в желудке»)? Случается ли так, что Вы чего-то «не перевариваете»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно своего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашем заболевании?
- 3) Практикуете ли Вы интервальный тренинг или другие методы?
- 4) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 5) «Наживаете ли Вы себе язву» из-за Ваших коллег, подчиненных? По какому поводу?
- 6) «Съедает» ли Вас разочарование в Вашей профессии, например пренебрежение к Вам или несправедливое игнорирование?
- 7) Считаете ли Вы атмосферу у себя на работе «отвратительной», «тошнотворной», но не решаетесь при этом что-то сказать?
- 8) Бывает ли так, что Вы «не можете переварить» то, что сделал Вам Ваш партнер или кто-то из близких?
- 9) Уделяете ли Вы достаточно времени еде и питью, или на это «не стоит тратить времени»?
- 10) Является ли для Вас трапеза также возможностью общения, беседы или «Вы все проглатываете в одиночестве»?
- 11) Можете ли Вы открыто выражать свои чувства? Или Вы «перевариваете» их в себе, «проглатываете» их?
- 12) Смотрите ли Вы в будущее с сомнением и тревогой?
- 13) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 14) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

22. Рассеянный склероз (MS)

Способность при помощи болезни испытать себя; способность скорее «ползать на коленях, чем терпеть несправедливость

Определение

Под рассеянным склерозом (от лат. multiplex – множественный и греч. *skleros* — твердый) понимают приступообразно или хронически прогрессирующее воспалительное заболевание, поражающее центральную нервную систему и приводящее к разнообразным неврологическим расстройствам. В результате длительного воспаления в головном и спинном мозге возникают плотные очажки или рубцы; распадаются миелиновые оболочки, при этом нарушается проведение импульсов по нервным волокнам, и возникают различные клинические симптомы.

Симптоматика

Нередко заболевание начинается с внезапных расстройств (например, двоение в глазах), приступов головокружения, слабости в руках и ногах, тремора кистей. Расстройства первого приступа практически полностью исчезают через несколько недель или месяцев - до тех пор, пока через некоторый бессимптомный промежуток времени снова не разгорится болезнь, чтобы в дальнейшем отступать все меньше и меньше. Полностью развившаяся картина болезни характеризуется нарушениями походки спастико-атаксического типа (неправильная, неровная, неустойчивая походка), парезами и параличами конечностей, нарушениями чувствительности в виде болей и анестезии, головокружениями, интенционным тремором (дрожь в начале движения, не в покое), расстройствами письма, скандированной речью (медленная и с паузами), нистагмом при взгляде в сторону и значительными колебаниями настроения (безучастность, смех, плач).

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Рассеянный склероз, по Bischof и Herrmann (1986), встречается преимущественно в умеренной климатической зоне с наибольшей частотой заболевания в Северной Европе, Канаде и северных штатах США. Риск заболевания в экваториальной зоне минимален. В южном полушарии, начиная с 40° южной широты, риск заболевания снова повышается.
- В Германии рассеянным склерозом страдают около 50 000 — 100 000 человек, это составляет 0,1—0,2%.

- Рассеянный склероз впервые проявляется обычно в возрасте 20 — 40 лет. У детей он встречается исключительно редко. Женщины болеют рассеянным склерозом несколько чаще, чем мужчины.
- От рассеянного склероза в Западной Европе ежегодно умирает в среднем 33 человека на 1 млн населения; в Германии — 22 человека, в Финляндии и Италии - 6, в США - среди европейского населения 9, среди лиц негроидной расы 4 и в Японии - только один человек.

Обзор литературы

То, что заболевание рассеянным склерозом влияет на душевное состояние пациента, его переживания и поведение, известно и описано многими авторами (Arnold и соавт., 1976; Lewis и Lewis, 1975). В свою очередь влияние психологических факторов на развитие и течение болезни различные авторы также считают доказанным. В целом это означает, что психика играет немаловажную роль для прогноза заболевания. Paulley (1975) всесторонне изучал историю жизни больных рассеянным склерозом и обнаружил при этом четкие указания на психогенные факторы заболевания.

Dalos и соавт. (1983), Oberhoff-Looden (1978) и Seidler (1978) описывают психосоматические аспекты отношения к болезни и лечения больных рассеянным склерозом. Philirporoulm и соавт, (1958) выявили, что хронические эмоциональные перегрузки и постоянная тревожность чаще предшествуют развитию рассеянного склероза, нежели острый эмоциональный стресс. Согласно Paulley (1975), под маской уступчивости скрывается чрезмерная потребность в любви и внимании, которая не удовлетворяется в детстве. Schnitz и Kutemeyer (1986) обнаружили, «что с выраженной потребностью в гармонизации нередко коррелирует особая (ауто-) агрессия». По Groen и соавт. (1967), тенденция к адаптации у больных рассеянным склерозом может принимать аномалистические черты и проявляться в особом сознании обязанностей и чрезмерном деятельном поведении.

Пословицы и народная мудрость

Это действует мне на нервы; это нервирует его; он потерял ясный взор; ничто не двигается с места; нога за ногу заплетается; я не могу больше пошевелиться; у него больше нет опоры; земля уходит из-под ног; если связаны ноги, то работает в основном язык.

Притча: «Вопль калифа»

Тяжелая болезнь поразила калифа Коразана Амира Мансуребу Ну. Не помогли никакие попытки лечения. Позвали, наконец, для совета великого и прослав-

ленного врача Рази. Сначала он попробовал применить все уже использовавшиеся формы лечения, но безуспешно. И тогда Рази попросил калифа разрешить ему так провести лечение, как тот считает нужным. Изнемогая от безнадежности, калиф согласился. Рази попросил его дать ему двух лошадей. Были доставлены лучшие и быстрее лошади. Ранним утром следующего дня Рази приказал отвезти калифа в знаменитые бани «Jouze Milian» в Бухару. Поскольку калиф не мог двигаться, его отнесли на носилках. В бане Рази попросил раздеть больного и приказал всем слугам удалиться от бани как можно дальше. Слуги разгневались, однако ушли, когда калиф дал им понять, что они во всем должны подчиняться мудрецу. Лошадей Рази велел привязать у входа в баню. Вместе со своим учеником он положил больного в ванну и поспешно облил его горячей водой. Затем он стал поливать его горячим сиропом, который повысил температуру тела больного. После того как это произошло, Рази и его ученик оделись. Рази встал перед калифом и неожиданно начал ругать и оскорблять его самым грубым образом. Калиф был шокирован и напуган своей беспомощностью перед этой невежливостью и несправедливыми обвинениями.

В своем неистовом возбуждении калиф пошевелился. Рази, увидев это, вынул нож, подступил ближе к калифу и начал угрожать, что убьет его. В страхе калиф попытался спастись — и вдруг его ужас дал ему силы встать и побежать.



Рис. 26. “Вопль” калифа

В этот момент Рази поспешно выскочил из бани вместе со своим учеником и направил лошадей к воротам города.

Калиф обессиленно упал. Когда он оправился от обморока, то почувствовал себя свободнее и мог двигаться. Одержимый гневом, он позвал слуг, оделся и вернулся в свой дворец. Собравшиеся люди возликовали, увидев своего калифа освободившимся от недуга. Через восемь дней калиф получил письмо от врача, в котором тот объяснил свое поведение: «Сначала я сделал все, чему меня учили как врача. Когда это не принесло успеха, я искусственно разогрел твое тело и при помощи твоего гнева дал тебе силы пошевелить твоими членами. Когда я увидел, что твое исцеление началось, я покинул город, чтобы избежать твоей карающей руки. Я прошу тебя не требовать привести меня к тебе, потому что я отдаю себе отчет в несправедливых и гнусных оскорблениях, нанесенных тебе в твоей беспомощности, о чем я глубоко сожалею».

Когда калиф прочел это, благодарность наполнила его сердце, и он попросил врача прийти к нему, чтобы доказать ему свои благодарные чувства.

Аспекты самопомощи: развитие рассеянного склероза с точки зрения позитивной психотерапии

Симптоматика рассеянного склероза проявляется различными неврологическими расстройствами, причиной которых являются болезненные изменения нервной ткани. Вследствие до сих пор не известных причин, при рассеянном склерозе воспаляются, зарубцовываются и дегенерируют миелиновые оболочки; окружающая нервы соединительная ткань начинает при этом беспорядочно расти.

В головном и спинном мозге в результате образуются многочисленные подобные серые плотные рубцы. В этих участках нарушается проведение возбуждения по нервам. В зависимости от пораженного нервного волокна преобладает различная симптоматика. Обычно повреждаются длинные волокна, например, пирамидные пути, вследствие чего нарушается произвольная моторика; отсюда и неуверенная, шаткая походка.

Диагноз рассеянного склероза означает для больного и его семьи большое горе и неприятность. Больной прежде всего страдает не столько от самих симптомов, сколько от действия, которое они оказывают на окружающих. У него двоится в глазах, его походка неуверенна, он дрожит, иногда случается непроизвольное мочеиспускание. Любое проявление болезни может превратно истолковываться окружающими, в лучшем случае как неловкость, в худшем, как нетрезвое состояние, прежде всего это касается шаткой походки. Вместо сочувствия и понимания больной зачастую сталкивается с непониманием, насмешками, особенно если диагноз не известен. Да и кому он может рассказать о характере своего заболевания?

Нередко это длится для пациента годами, пока после бесчисленных хождений по врачам не будет установлен точный диагноз.

Автоматически появляется страх перед будущим: сможет ли дальше работать, если да, то как долго еще? Будет ли он обеспечен материально? Как среагирует окружение на огласку его заболевания? Будет ли он нуждаться в постороннем уходе? Готовы ли его близкие взять на себя эту опеку? Сможет ли он найти соответствующего врача? Больной постоянно находится на грани, прежде всего между двумя приступами, между сомнением и надеждой: будет ли еще один приступ или нет? Если да, то когда? Какими будут его последствия?

Часто рассеянный склероз развивается именно у тех людей, которые прилагают все усилия по малейшей просьбе, стараются угодить любым требованиям окружающих. Сфера деятельности развита у них очень значительно. Тем труднее переносят они медленную и заметную потерю своих сил. Нередко они пытаются скрыть воспринимаемую как позор болезнь, что приносит им только еще большие осложнения.

Рассеянный склероз нередко носит семейный характер; правда, наследуемость его проявляется не строго, обычно из однояйцевых близнецов заболевает только один. Таким образом, вероятно существование случайных факторов, обуславливающих развитие заболевания. По моему мнению, это психические факторы.

Больные с рассеянным склерозом в детстве зачастую были послушными, запуганными строгими родительскими воспитательными принципами, связанными с угрозами. В дальнейшем они нередко переносили насмешки и колкости со стороны окружающих из-за своего мягкого характера и каких-либо слабостей или неловкостей. В детстве и юности они получали больше критики, чем похвалы. Похвалы удостоивались только достижения. Доверие было только в том случае, если кого-то считали способным к деятельности. На этой основе развилось чрезмерное акцентирование чувства справедливости: все обыденные ситуации рассматривались с этой точки зрения. Точно так же домашняя атмосфера отличалась сильными напряжениями. Родители часто спорили; они переносили свои негативные ощущения на ребенка, что способствовало развитию у него чувства беспомощности и безнадежности. По отношению к другим людям ребенок научился у своих родителей подавлять агрессию, подчиняться, сдерживаться. Установка к религиозным, политическим или общественным вопросам чаще бывала негативно отвергающей: «Все равно ничего уже нельзя поделать», «Какая польза от того, что...», «Все равно останешься в проигрыше», «Что это даст», «Сдайся» и т.д. Больные с рассеянным склерозом рано начинают переживать свою беспомощность и бесполезность.

Поскольку больные с рассеянным склерозом не приобрели в жизни позитивных возможностей проникновения в другие сферы или в своих поисках получили поддержку в определенном отношении, они переводят одолевающие их микротравмы в ту сферу, которая им ближе всего и которая помимо прочего, опреде-

ляет для них бессознательно возможность символического выражения их страдания в сферу тело/ощущения. В разговорной речи это ведь называется так: «действовать кому-либо на нервы», что-то его «нервирует», «терять ясный взгляд на вещи», что-то дальше «не движется», «нога за ногу заплетается» и т.д. Вероятно, болезнь дает один шанс: если у больного к началу заболевания была сильная неуверенность — он ходит от врача к врачу, — то окончательный диагноз приносит ему уверенность. Исчезает всякое сомнение. Он может «положиться на свою болезнь» и с этого момента начать свой позитивный поиск, спросить себя: какие возможности у меня все-таки есть? Могу ли я развить свой потенциал к самопомощи, например, участвуя в группе самопомощи больных рассеянным склерозом или аналогичной организации? У больных с рассеянным склерозом возможно развитие, прежде всего, таких актуальных способностей, как *искренность/честность* (ср.: ч. II, гл. 5), *справедливость* (ср.: ч. II, гл. 1), *контакты* (ср.: ч. II, гл. 15), *доверие* (ср.: ч. II, гл. 11) и *надежда* (ср.: ч. II, гл. 14). Очень сильно выражены деятельность, отношение ко времени и способность сомневаться. С этой точки зрения важно поставить вопрос: где был установлен диагноз? Какие симптомы способствовали этому? Какие диагностические методы применялись (вызванные потенциалы, компьютерная томография, люмбальная пункция с исследованием олигоклональных антител и т.д.)?

Практические уточнения к этому аспекту самопомощи содержатся в опроснике в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при рассеянном склерозе

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Почему Бог допускает такую несправедливость?»

Продавец 29 лет обратился ко мне по направлению одного невропатолога для объяснения психосоматических аспектов своего заболевания. Он уже успел побывать в немецкой диагностической клинике (ДКД). Там был поставлен диагноз «рассеянный склероз».

Во время психотерапевтических бесед мы обращали наше внимание преимущественно на психосоциальные (микротравматические) аспекты:

Терапевт: «На что Вы жалуетесь?»

Пациент: «Нарушения походки, подергивания в правой половине лица, слабость, сильно сократившийся объем движений; однако бывают иногда светлые дни без проявления заболевания».

Терапевт: «У меня такое впечатление, что Вам в последнее время пришлось пережить много событий».

Пациент: «Еще бы! Я, действительно, потерял почву под ногами!»

Пациент находился в сложной беспомощной ситуации и в этом положении был близок к самоубийству. Не для того, чтобы дать ему советы или подсказать ему выход, а для прекращения его интенсивных и безысходных тягостных размышлений я рассказал ему притчу «Вопль калифа». При помощи этой истории и ее переноса на собственную ситуацию ему стала ясна двойственность его позиции: с одной стороны, он был заинтересован в исторической основе притчи, которая позволила дистанцироваться от его расстройств, с другой — он смог перенести на себя аффективные вспышки из этой истории. Эти мысли и ощущения мы выяснили в последующей беседе. Казалось, что больной вступил на путь открытий.

Ступень 2: инвентаризация

События последних пяти лет:

Терапевт: Перед этим Вы упомянули, что в определенные дни не испытываете никаких расстройств. Можете ли Вы мне сказать, в какие дни и отчего это зависит?»

Пациент: «Когда я не вижу его!»

Терапевт: «Кого не видите?»

Пациент: «Служителя с переезда, который в 1983 г. стал причиной смерти тещи и деверя. Они погибли в машине под поездом, потому что этот служитель забыл опустить шлагбаум! Это было для меня сильным потрясением: что будет дальше? Почему именно я? За что (...)?»

В разговоре больной назвал еще восемь событий (переезд тестя, трения на работе, выкидыш у жены, угрожающий ей 2-й выкидыш, учащение приступов заболевания в ноябре 1986 г., увольнение, служитель с переезда поселяется в непосредственной близости от семьи, в «зоне видимости», 27.01.87 диагноз «рассеянный склероз»). Накопление травмирующих событий, прежде всего в отношении актуальной способности *справедливость*, привело к тому, что отдельные личностные сферы были сенсibiliзирoваны к конфликтам. Вследствие постоянного обращения к этим восприимчивым зонам («Почему я? Что будет дальше? Почему он переселился именно сюда? Почему у моей жены нет времени для меня?») стали развиваться состояния напряжения, которые посредством вегетативной нервной системы, гормональной системы и органных систем стали возникать бесконтрольно, произвольно. В связи с этим я не говорил с пациентом в общем о

«стрессе», а выделил особенности его стрессовой ситуации, которые мы вместе проработали, определив, какие актуальные способности являются наиболее восприимчивыми или устойчивыми к стрессу. Его «стресс» также оказался зависимым от приобретенных на протяжении жизни психосоциальных норм, которые в качестве установок, ожиданий и способов поведения соответствовали эмоциональной жизни. За несколько лет до упомянутого несчастного случая развелись его родители. Это переживалось им как несправедливость и травма.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Рассмотрение событий последних пяти лет и их значение для развития и течения заболевания поощрили больного заинтересоваться этой взаимосвязью. На этой ступени он был обучен методам релаксации, и рекомендовано лечение антидепрессантами.

Ступень 4: вербализация

Пациент так описывает зависимость между своими расстройствами («Что») и своей проблематикой в области справедливости («Почему»):

Что: сначала — мороз по коже по всему телу или только в горле. Затем - сердцебиение, одышка, затруднение дыхания, возбуждение, дрожь в руках, дрожь в коленках, потливость рук, волнение, порывистые движения. Иду в укрытие, спиной к стене или так, чтобы никого не было сзади, защитно подняв руки. Испуганный, смущенный, прерывающийся голос, словесная окрошка вместо четких фраз, неспособность приветливо улыбнуться, углы губ опускаются, отчего даже доброжелательные слова становятся неприветливыми, вялость, чувство голода и спазмы в желудке. По словам моей жены, бледнею, как полотно; страх перед внезапным возникновением ножа в руках другого или перед тем, что другой вместо слов применит кулак и будет сильнее или коварнее. Даже страх, что меня могут убить.

Когда: при несправедливом устном обращении, поступке или оскорблении действием. Всегда тогда, когда я замечаю или уверен, что меня хотят надуть, плохо обо мне думают, считают меня негодяем, обвиняют в чем-то, оскорбляют меня, лгут мне, и когда я кого-то хочу защитить от кого-либо из своего чувства справедливости. В такой момент я идентифицируюсь, как мне кажется, с другим обвиненным или пострадавшим. И тогда, когда я что-то сделал, что по праву или нет не нравится окружающим, злит или раздражает их.

С точки зрения базового конфликта пациента было понятно отражение актуальной конфликтной ситуации.

Негативные представления больного о себе и объекте содержательно касались затронутых микротравмами актуальных способностей *вежливости* (ср.: ч. II, гл. 26) и *искренности* (ср.: ч. II, гл. 5); последние вместе со *справедливостью* (ср.: ч. II, гл. 1) были проработаны совместно с пациентом как актуальный конфликт. Впоследст-

вии в проблематику справедливости было включено непонимание «определенная или обусловленная судьба» (что мы должны выдерживать или что мы можем изменить).

Ступень 5: расширение цели.

Терапия в течение 10 встреч. Супруга пациента приглашалась на четыре терапевтические беседы. Больной дважды был представлен психотерапевтической исследовательской группе Висбадена (PEW). Эта группа дала ему множество возможностей для переноса. Он чувствовал себя существенно лучше, так как смог осознать невралгический компонент (чрезмерное стремление к справедливости), который постоянно приводил его к описанным состояниям напряжения. В результате он научился успешнее преодолевать критические ситуации. Пациент продолжил терапию у лечившего его невропатолога.

Приложение: опросник для больных *рассеянным склерозом*.

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазия / будущее

- 1) Есть ли у Вас ощущение, что у Вас «нога за ногу заплетается» или что Вы в любом случае «остаетесь в проигрыше»? Считаете ли Вы, что «утратили ясный взор на что-то» или потеряли «почву под ногами»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы, применимые к Вашему заболеванию? Что это за пословицы?
- 2) Кто сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете ожидать от них и какие побочные действия возможны?
- 4) Действуют ли Вам на нервы Ваши коллеги, сотрудники, шеф? Какие микротравмы («мелочи» типа непунктуальности, неаккуратности и т.д.) являются поводом для волнения?
- 5) Ощущаете ли Вы себя обделенным в Вашей профессиональной деятельности? Есть ли у Вас еще шансы для повышения? Отвергаются ли Ваши идеи?
- 6) Имеете ли Вы в профессиональной сфере «твердые позиции», «основу»? Ваше положение шаткое?

- 7) Отваживаетесь ли Вы рассказывать другим людям о Вашем заболевании? Скрываете ли Вы диагноз? Какие чувства это рождает в Вас?
- 8) Готов ли Ваш партнер взять на себя заботу о Вас в том случае, если это будет Вам необходимо?
- 9) Какие «мелочи» (установка к порядку, чистоте, пунктуальности, бережливости, справедливости и т.д.) нервируют Вас в Вашей личной жизни?
- 10) Ощущаете ли Вы несправедливость по отношению к себе?
- 11) Как Вам видится Ваше будущее? Собираетесь ли Вы в дальнейшем работать? Если да: как долго (еще)? Надежно ли Ваше финансовое положение? Нуждаетесь ли Вы в уходе за собой?
- 12) Является ли Ваше отношение к религиозным, политическим и общественным вопросам чаще негативно отвергающим как, например, «Все равно ничего уже нельзя сделать!»; «Всегда остаешься в проигрыше!»?
- 13) Можете ли Вы развить духовные интересы заново или восстановить их?
- 14) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 15) Считаете ли Вы свое заболевание также шансом для развития неведомых до сих пор сфер (тело/ощущения, деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

23. Обстипация

Способность что-то крепко держать при себе

Определение

Многие люди опорожняют кишечник реже одного раза в день, однако не жалуются на запоры. В медицине говорят о запорах только тогда, когда спонтанного опорожнения кишечника не происходит в течение четырех дней, а каловые массы очень твердые, что затрудняет дефекацию.

Симптоматика

Конституциональная обстипация – это хроническое функциональное расстройство, которое не обусловлено воспалительным процессом, опухолью или приемом лекарственных препаратов. Наряду с погрешностями в питании, ограниченной подвижностью и т.д. обстипация может быть связана и с психическими факторами. Кроме того, она встречается как сопутствующий симптом при психических и психосоматических заболеваниях (например, эндогенная депрессия, нервная анорексия). Объективно запор непосредственно не вызывает каких-либо расстройств, субъективно он может быть связан с появлением ощущения переполнения, отсутствием аппетита, апатией, головными болями и ипохондрическими страхами, т.е. с симптомами широко распространенными, однако серьезными, указывающими на медленное отравление организма шлаками.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- В Германии ежегодно раскупаются около 60 млн упаковок слабительных средств.
- Особенно часто запорами страдают женщины, более чем в 2 раза чаще мужчин. Около 5-10% здоровых людей опорожняют кишечник не ежедневно.
- Лица с тяжелыми депрессиями очень часто страдают запорами, то же относится к 25% пациентов с вегетативными расстройствами.
- В целом запорами чаще страдают люди, принадлежащие к высшим слоям общества, что может быть связано с различиями в представлениях о чистоте.
- По данным Jores (1981), эти «классовые» различия обнаруживаются и у первобытных народов. Среди мужского населения Ганы, женского населения Греции и пациентов медицинских учреждений в Гиссене запоры чаще

наблюдались у представителей высших слоев. В Индии представители высшей касты – брахманы – чаще страдают обстипацией, нежели лица, принадлежащие к касте неприкасаемых, задача которых — уборка нечистот.

Обзор литературы

Согласно психоаналитическому подходу, запорами страдают лица с «анальной» структурой характера. *Freud* (1956) описал в 1908 г. «анальный» характер, который, по его мнению, отличается своенравием (вплоть до непоколебимого упрямства), любовью к чистоте (до педантичности) и бережливостью (до жадности); развитие этих качеств связывается с крайне суровым и ранним приучением к чистоплотности и формированием ригидного и строгого сверх-Я, все это нередко ассоциируется с запорами.

Alexander (1933, 1934), психоаналитик, ученик Фрейда, называет «анальную триаду», характерные обстипационные признаки: пессимизм, пораженчество, недоверие, ощущение себя нелюбимым. Он отличает в страдающем запорами человеке хроническое препятствие для спасительного выхода, которое отражено в следующей установке: «Я не могу ни от кого ничего ожидать, и поэтому мне не стоит никому ничего давать. Я должен держаться за то, что у меня есть».

С точки зрения поведенческой терапии этот симптом складывается в результате комбинации наследственных факторов, конституции и раннего научения, причем под научением понимаются приобретенные или измененные при определенных условиях реакции.

Пословицы и народная мудрость

Воздерживаться от чего-либо; быть ворчливым; невозможно расстаться с чем-либо; собирать все подряд; израсходоваться (израсходовать все силы); держать при себе; не в силах дойти до горшка; быть сдержанным; не в силах поделиться; быть бережливым; игнорировать собственные потребности; ограничивать себя; контролировать себя; сдержать обещание; быть поставленным в жесткие рамки; пустить что-то на самотек; быть замкнутым; быть зажатым; ни назад, ни вперед; попасть в тупик; держаться за то, что имеешь.

Притча: «Идеальный верблюд»

Много лет тому назад четверо ученых брели с караваном по пустыне Кавир. Вечером они все вместе сидели у большого костра и делились впечатлениями. Все в один голос хвалили верблюдов: их непритязательность, выносливость и непостижимое терпение приводили друзей в восторг. «Мы все владеем пером, — сказал один из них. — Давайте напишем или нарисуем что-нибудь в честь вер-

блюда и прославим его». С этими словами он взял пергаментный свиток и направился в шатер, освещенный керосиновой лампой. Через несколько минут он вышел и показал свое произведение друзьям. Он нарисовал верблюда, встающего после отдыха. Рисунок так удался, что верблюд казался живым. Второй вошел в шатер и вскоре вернулся с кратким деловым очерком о той пользе, какую приносят верблюды караванам. Третий написал очаровательное стихотворение. Наконец, четвертый отправился в шатер и попросил не беспокоить его. Прошло несколько часов, огонь в костре давно погас, и друзья спали, а из слабо освещенного шатра все еще доносились скрип пера и монотонное пение. Напрасно друзья ждали своего товарища целых три дня. Шатер скрыл его так же надежно, как земля, что сомкнулась за Аладином. Наконец, на пятый день наиприлежнейший из всех прилежных вышел из шатра. Черные тени обрамляли его глаза, щеки впали, подбородок оброс щетиной. Усталой походкой и с кислым выражением лица, будто съел зеленых лимонов, он подошел к друзьям и с досадой бросил перед ними связку пергаментных свитков на ковер. На внешней стороне первого свитка было написано крупными буквами во всю ширь: «Идеальный верблюд, или Верблюд, каким ему надлежало бы быть...».

Аспекты самопомощи: развитие запоров с точки зрения позитивной психотерапии

а) Жалобы и физиология

Движение кишечника автономно управляется нервными сплетениями в стенках толстой кишки. Однако, мозг и психика также оказывают свое влияние через вегетативную нервную систему на кишечную моторику. Как бы иначе можно было «уловить» опорожнение кишечника? Симпатика и парасимпатика, являющиеся составными частями вегетативной нервной системы, в зависимости от преобладающего действия той или другой, определяют усиление (парасимпатика) или затруднение (симпатика) деятельности кишечника.

б) Актуальный конфликт: четыре формы переработки конфликта — психосоциальная ситуация перенапряжения.

То, что именно женщины жалуются на запоры, может быть обусловлено воспитанием, при котором генитальная и анальная области (обе у женщины находятся в анатомической близости) считаются «стыдными» и неэстетичными и «вытесняются» (лат. *stipare* — тормозить; *obstipare* - вытеснять), вследствие чего женщины становятся «замкнутыми» и постоянно следят за чистотой и эстетикой.

В расписании дня работающего человека часто не предусмотрено времени и соответствующего помещения для опорожнения кишечника. Кого удивит, что многие люди в многолетнем «тренинге» научились подавлять физиологические

потребности, в результате чего при определенных обстоятельствах в кишке начинают образовываться деформации каловые резервуары для скопления кала, которые затем «когда Вы хотите, уже больше не могут».

Среди страдающих запорами мы встречаем многих, кто живет очень «замкнуто», отвергая общительность, почти избегая контактов с людьми. Вместе с тем эти люди все же не становятся счастливыми. Они страдают от своей зажатости и одновременно мечтают об открытости, о совместном пребывании с другими людьми. В восточных культурах страдающие обстипацией отличаются избыточными контактами и недостаточными диетическими мероприятиями и расслаблением.

Чтобы обуздать устрашающую, динамичную силу фантазии, эти люди используют преимущественно свой рассудок. Они полагаются на поведение с доминированием вторичных способностей, что сравнимо с корсетом, который помогает им удерживать опасное воображение и защитить себя от неконтролируемых чувств и телесных выпадов. Строгое следование усвоенным концепциям, базирующимся на лояльности к семейным традициям, с одной стороны, означает надежность, но с другой — может привести в тупик, как это происходит при запоре.

в) Базовый конфликт: четыре модели для подражания — условия раннего развития

Симптоматика страдающего запором становится понятной, если оглянуться на укоренившиеся в родительском доме взгляды, которые уже в раннем детстве провозглашали «суженные рамки» жизни. Будучи еще маленьким ребенком, больной учился контролировать свой кишечник и его опорожнение и старался соответствовать при этом общественным нормам. Он приобретал при этом убеждение, что удерживание дефекации было возможностью продемонстрировать свои сопротивляемость и упрямство и добиться власти. Процесс выделения приобретал психологическое значение, становился аффективно значимым.

Страдающему обстипацией в детстве родители очень часто предъявляли строгие требования: он должен был с чем-то расставаться, делиться, экономить. Ребенок уже очень рано переживал, что собственные потребности следует «сдерживать» ради потребностей других, что вообще всегда следует «сдерживаться» (вежливость). Права на личное, неделимое обладание у него не было. Он научился делить, считать; он не познал полноту и щедрость, а лишь ограниченность, узость, даже мелочность. За этим стояли концепции вроде: «В ограничении проявляется величие», «Доверяй, но проверяй!», «Сдерживайся!» Что касается воспитания навыка чистоплотности, то оно началось очень рано и было очень строгим. Так как обычно за соблюдением этих правил следила мать, то ребенок нередко воспринимал отношения с ней как напряженные, даже как борьбу за власть. Он ощущал себя, аналогично кишечнику, «выворачиваемым», напряженным и реагировал на это нередко «замыкаясь». Ведь тем самым он мог особенно угодить стремящейся к чистоте, порядку, пунктуальности и вежливости матери.

Времени и терпения как по отношению к ребенку, так и друг к другу родители, как правило, не находили. И все же они воспринимались и принимались ребенком как образец для подражания, что вело к разделению всех тех очень суровых, непоколебимых, «закаменелых» концепций. Развод родителей в таких семьях встречался нечасто, и поэтому родители жили под девизом, что лучше при проблемах «скрепиться», «сдержаться», чем «разойтись» и «пустить все на самотек».

г) Актуальные и базовые концепции: внутренняя динамика конфликта

Так же ограничительно, как больной научился этому в детстве, он обращается со своим телом, с тем, что оно само продуцирует и чему тем не менее он не может никак дать следовать естественным путем. Он со страхом и недоверчиво контролирует себя и сдерживается, «удерживает при себе». Он «закрывается изнутри», закрываясь в скорлупу; он «замкнут», «зажат»; он не может больше сдвинуться «ни вперед, ни назад».

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при обстипации

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Пациенты, которые вследствие хронических запоров перенесли операцию, чаще страдают страхами и депрессиями, чем другие хирургические больные.

Описание случая: «Что выделение может иметь общего с решением?»

Одна супружеская пара, которая побывала на моих психотерапевтических сеансах, договорилась о визите сестры супруги. Спустя годы различных физических недугов, она больше не видела смысла в жизни. Женщина 34 лет, измученная, испытывающая потребность высказаться, поделилась в первом интервью следующими мыслями.

Многие годы я страдаю хроническими запорами. Это сильно угнетает меня, так же как и то, что я постоянно должна принимать лекарства. Мои врачи постоянно повторяют, что органически я здорова. В 1987 году запоры настолько усугубились, что лекарства перестали хорошо помогать мне. Это вызвало тяжелую депрессию. К этому присоединились боли в животе, метеоризм, спазмы, иногда боли в сердце и приливы жара. Я очень плаксива, легко возбудима, любая мелочь, которая не выходит, выбивает меня из колеи. У меня депрессивное настроение, и я склонна к колебаниям настроения, отчаянию, мыслям о безнадежности, постоянно переживаю, что не справлюсь с предъявляемыми ко мне требованиями, что у меня не получится. Часто я совсем не испытываю радости жизни, боюсь оказать-

ся отвергнутой, покинутой; у меня развился комплекс из-за состояния кожи, с некоторых пор у меня появились аллергические высыпания...

Терапевт: «У меня такое впечатление, что Вы очень совестливый человек и хотели бы оправдать все возложенные на Вас надежды и требования повседневной жизни. Знаете ли Вы поговорку: «Не всегда удастся все сделать правильно, но все же чаще получается правильно, чем неправильно!»?

Пациентка: «Да, да, я очень совестлива. До сих пор я все время думала, что должна делать все со 100-процентной точностью. Если что-то выходит не так, как я себе это представляла, то во мне все напрягается до тех пор, пока я не сделаю все, как надо. Если я правильно понимаю Вашу поговорку, я вовсе не обязана быть столь непогрешимой».

Терапевт: «Ваша совестливость, с одной стороны, представляет собой защиту для хорошей организации повседневности и контроля над ней. Здесь можно говорить об активной позиции. С другой стороны, Вы можете дополнительно развить способность спокойно переносить, если что-то получается не так, как Вы задумали, несмотря на всю организацию (пассивная позиция), и увидеть в этом новые перспективы».

Подобный подход (позитивное толкование в виде поговорки) помог больной понять относительность ее концепций с целью достичь адекватной переработки переживаний посредством повышения самооценки. Так она смогла ближе подойти к пониманию своих неосознанных мотиваций и реакций. Она была ознакомлена с четырьмя формами переработки конфликтов.

Ступень 2: инвентаризация

События за прошедшие 10 лет:

Терапевт: «Вы сказали, что уже несколько лет страдаете запорами. В таком случае мы можем оба поставить вопрос: «Что же произошло в последние 5 — 10 лет с Вами, и как Вы это переживали?»

Больная назвала 11 пунктов.

Терапевт: «Ваша выраженная совестливость оправдывает себя. Вы очень детально и наглядно представили свои переживания в последние 10 лет. Что значит для Вас тот факт, что Вам пришлось столкнуться со столькими жизненными ситуациями? Видите ли Вы взаимосвязи между переработкой этих событий и Вашим запором или депрессией?»

Пациентка: «Я вовсе не думала, что наберется столько всего. Я совсем не признавала, сколько мне пришлось пережить в последнее время. Не приходится удивляться, что мне не хочется уже радоваться, и я вообще не вижу смысла в жизни».

Ключевыми для развития описанных симптомов были сферы партнерских отношений и профессиональной деятельности, которые больная вследствие своей

сверхточности напрасно старалась компенсировать. Из-за возникших расстройств пациентка оказалась в значительном эмоциональном перенапряжении. Многочисленные попытки адаптироваться ни к чему не привели. На почве религиозной установки развилась внутренняя конфликтная ситуация, которая обусловила психическую и психосоматическую симптоматику в связи с длительным эмоциональным напряжением. Пациентка до сих пор лечилась только медикаментозно, психотерапия не применялась.

Корни актуальной проблемы находились в базовом конфликте, что привело к тому, что пациентка не могла самостоятельно справиться с ней. В процессе развития детские фантазии не нашли понимания со стороны взрослых, что привело к их вытеснению (вопросы сексуальности и удовольствия, болезнь, будущее и смерть). В связи с ситуацией на работе и отношениями с партнером эти фантазии вновь обрели значение. Она описывала много детских воспоминаний.

Она рассказала также о том, как развивалась ее установка к расставанию, потере и смерти и как она переживала смерть отца.

Когда мне было 9 или 10 лет, одна моя одноклассница написала в моем поэтическом альбоме: «Чти материнское сердце, пока оно еще бьется. Когда оно перестает биться, тогда уже поздно». Тогда мне прежде всего бросилась в глаза плохая рифма в стихотворении, однако, что меня глубоко тронуло, это тот факт, что моя мать не бессмертна. Конечно, я знала, что каждый человек должен умереть, но это было для меня каким-то абстрактным понятием. Конкретное упоминание об этом и про мою мать, как в четверостишии, было для меня первым сигналом, чтобы задуматься о смерти. До настоящего дня я воспринимаю это как первый день моего «потерянного рая». Мое недоверие, которое у меня есть, возникло после этого. Я чувствовала себя выбитой из колеи.

Мне был уже 21 год, когда моего отца пришлось оперировать на желудке. Он хорошо выдержал операцию, но я никогда не видела своего отца таким бледным, подавленным и плохо выглядевшим, как в то время. В первый момент мне пришла мысль, что мой отец, вероятно, долго не проживет. Когда он умер спустя полгода, мне посчастливилось быть в последние его дни дома, и я была и тогда, когда он умер. Для меня время остановилось. Я думала, в этот момент земля перевернется; навсегда теперь будет только этот четверг, утро 19.08.1972. Когда я подошла к телефону и позвонила на фирму, чтобы сообщить, что мой отец умер, и я не приду сегодня на работу, мне было непостижимо, как в суете и спешке моей работы я вообще могла ощущать себя благополучно. А когда настал полдень, я поняла, что время неумолимо движется вперед. Погребальные хлопоты не позволяли нам сидеть спокойно. И неважно, что были за дела, я ни на шаг не отходила от моей матери. Я чувствовала себя маленьким ребенком, но вела себя иначе, чем прежде, самостоятельно и по-взрослому; я всюду следовала за ней. Уже давно я не делилась с моей матерью своими истинными переживаниями, не желая быть высмеянной или непонятой, так как моя мать не очень дифференцированный человек.

В сознании моем уже давно появлялась мысль, что и моя мать однажды покинет нас. Однако, мои размышления о смерти касались совсем иных вещей. Это вовсе не мысли о том, что в один прекрасный день я больше не буду жить, а мысли о некоем завершении, конце как таковом, и это относится совершенно к другим вещам; например, я думаю с некоторых пор о конце наших партнерских отношений. Это чувство, что что-то бесповоротно

приходит к концу, проходит навсегда, это то, что меня больше всего волнует. Мне следовало бы больше думать в связи, со смертью об отдельных надеждах и желаниях, когда у меня бывает время спокойно поразмышлять над проблемой смерти.

Пациентка выросла в семье, где она часто была предоставлена самой себе. Она постоянно проецировала свое стремление к защищенности на свои отношения с партнером. Так была актуализирована, лежащая в основе базового конфликта, тема защищенности. Результирующие конфликты содержательно были связаны с такими поведенческими сферами, как контакты, верность, честность, совестливость, сексуальность и смерть. Взаимосвязь между этими кумулятивно действующими факторами с ее нынешними расстройствами не осознавалась пациенткой, хотя и внесла большой вклад в динамику конфликта. Осознание этих взаимосвязей дало ей возможность обратиться к переработанным событиям.

В плане постановки диагноза речь шла в данном случае о вегетативно-функциональном нарушении с преимущественно психической и психосоматической этиологией на базе эмоционального перенапряжения. Хроническая обстипация могла быть интерпретирована как проявление проблемы принятия решения и упорного «самообладания», основанных на выраженности вторичных способностей (*точность, аккуратность, справедливость*). Целью терапии было понять сигналы депрессии и запоров и дать возможность развитию первичных способностей и нераскрытых сфер.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Пациентка смогла увидеть свое отражение в притче «Идеальный верблюд», рассказанной ей во время релаксационного тренинга. Герои притчи дали ей возможность задуматься о том, как она могла бы действовать в зависимости от ситуации и потребностей. Оказалось, что в репертуаре пациентки тоже были желания подобных альтернативных возможностей. Она почувствовала потребность реализовать эти желания и фантазии. Эти побуждения пациентки были поддержаны новыми метафорами и притчами. С одной стороны, были затронуты стремления к защищенности, которые содержательно касались гипертрофированных *пунктуальности, бережливости, чистоплотности, вежливости и справедливости*; с другой — эти нормы рассматривались с точки зрения ее партнерских и профессиональных проблем, и стимулировалось расширение репертуара ее возможностей. Дополнительно она принимала несильнодействующее антидепрессивное средство.

Ступень 4: вербализация

На четвертой ступени к терапии был привлечен партнер. Возникшие конфликты рассматривались с позиции сохранения отношений. Больная была в состоянии содержательно представить свои сложности. Ее невротическое навязчивое повто-

рение касалось прежде всего актуальных способностей *обязательности, точности и совестливости*. Этот процесс партнер переживал после начальной фрустрации в духе поговорки «Разочарование лучше очарованности!» как возможность преодолевать в будущем возникающие проблемы. Это отрабатывалось в форме партнерской группы. Там оба познакомились с пятью ступенями переработки конфликтов. Кроме того, в процессе обмена ролями они смогли высказать свои желания и проблемы и совместно направили усилия на поиск возможностей решения.

Актуальная способность «Обязательность, точность, совестливость».

Понятие и развитие: об обязательности мы говорим тогда, когда можем положиться на человека. Даже в наше отсутствие он выполнит задание условленным образом и не обманет наших ожиданий. Точность означает, что задание выполняется так, как было оговорено. Чем выше точность, тем меньше вероятность ошибок. Совестливость - это внутренний масштаб точности, тщательности и корректности. О совестливости говорят, если деятельность соответствует этому внутреннему представлению, то есть работа сделана на совесть.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас больше ценит обязательность? Склонны ли Вы или Ваш партнер делать все безошибочно точно? Есть ли или были ли у Вас проблемы в связи с обязательностью, точностью, добросовестностью? Так же точно Вы выполняете свою работу в отсутствие Вашего шефа, как и тогда, когда он присутствует? Как Вы себя чувствуете, если Ваш партнер необязателен по отношению к Вам? Можете ли Вы привести примеры? Кто из Ваших родителей больше ценил обязательность и точность? Как реагировали Ваши родители, если Вы выполняли работу не очень точно?

Синонимы и расстройства: аккуратность; педантичность; точность; положиться на него; понадеяться; основательность; перфекционизм. — Обстоятельность, недостаточная гибкость, поверхностность, крах доверия, страх перед неудачей, социальные и профессиональные конфликты, навязчивые представления, навязчивые действия, разочарование, перегрузки, депрессия, чувство вины, бессонница, бесплодные мечтания.

Особенности поведения: обязательности и самостоятельной работе не учат в достаточной степени (отрицательная симптоматика); большие задачи приводят к перегрузкам, поэтому лучше давать небольшие задания, чаще осуществляя контроль. Человек научился выполнять сверхточно определенную работу, другие сферы остаются при этом в тени (положительная симптоматика): медленно подключать новые сферы, прежде всего первичные способности. Обязательность и точность проявляются лишь иногда (непоследовательное поведение); стремления к общению проявляются с абсолютной настойчивостью, чтобы скоро вновь угаснуть, напри-

мер: пациент звонит, хочет договориться о срочной встрече, но тем не менее не приходит или приходит не вовремя. Не подчиняться навязываемым встречам, а назначать время самим.

Ступень 5: расширение системы целей

На этой ступени после 20 сеансов терапии пациентка почувствовала себя субъективно и объективно значительно лучше. Она была в состоянии видеть взаимосвязь между своими запорами, другими расстройствами и всеми другими событиями. Это расширение ее кругозора помогло ей сформулировать желания и предположения на ближайшие 3 — 5 лет:

- выйти замуж, иметь детей, жить семейной жизнью;
- я с 13 лет мечтаю иметь большой собственный сад;
- иметь работу, которая дает мне ощущение экзистенциальной надежности независимо от семьи, других людей и окружающего;
- улучшение ситуации в мире, мир там, где сейчас война, большая человечность людей, сострадание, религиозность (добровольная);
- я мечтаю так развить свою веру, свою любовь к Богу, чтобы независимо от прочих событий и обстоятельств я могла черпать из этого силу, умиротворение и жизнелюбие;
- я хотела бы, наконец, обрести чистую кожу, поскольку кожное заболевание ограничивает мои настроение и контакты.

Существенным аспектом реализации ее целей на будущее были размышления на темы расставания, потери и смерти. Пациентка, помимо прочего, написала:

Сильнее всех других высказываний о смерти, какие я читала или слышала когда-либо, меня поразило стихотворение Рильке «Познание смерти». Мы ничего не знаем «про уход раз навсегда ушедших», начинает Рильке. И это уже первая проблема. Стремительность нашей жизни диктует нам темп, ясное, логическое мышление, а не покой и погружение, которые могут позволить нам развить зрелое отношение к смерти. Смерть — это лишь «Уход раз навсегда ушедших».

С этой точки зрения все, что мы делаем здесь, становится лишь «театром». Мы играем наши роли, и смерть тоже играет от своего лица. И тревоги о том, что мы тоже уйдем, кажется, становятся главной ролью каждого человека. И эта «картинная действительность» рушится в человеке при познании смерти, и это нельзя придумать или установить, облечь в заученные предложения и передать дальше как тезис, это открытие каждый делает сам. Эта действительность со всем кажущимся или меняющимся есть единственная действительность, больше ничего. Тогда она «снисходит» к нам «как знание», и только это есть истинное знание, а не то, чему учат в университетах. Я верю, нет лучшего выражения для зрелого познания проблемы смерти, чем «И в те минуты мы самозабвенно играем жизнь, не думая о славе».

Каждый человек, таким образом, более или менее близок к тому, чтобы установить зрелое отношение к своей роли в игре жизни и к смерти. Я сама вижу себя еще дальше от этого, когда вспоминаю, что с детства ничего не могла делать, «не думая о славе», не стремясь к признанию».

Приложение: опросник к обстипации

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты - фантазии / будущее

- 1) Бывает ли у Вас иногда ощущение, что Вы «не можете дойти до горшка», «не можете ни назад, ни вперед», «попадаете в затруднительное положение» («бываете в тупике»), «останавливаетесь на пороге (в дверях)» идя в туалет?
- 2) Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 3) Имеете ли Вы привычку опорожнять кишечник только в строго определенные часы, а в других случаях сдерживаться? Курите ли Вы после туалета?
- 4) Вы очень следите за чистотой и гигиеной? Претит ли Вам посещать чужой туалет?
- 5) Часто ли у Вас нет времени, чтобы сходить в туалет? Подавляете ли Вы в таких случаях свою потребность?
- 6) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 7) Практикуете ли Вы интервальный тренинг?
- 8) Открыто ли Вы выражаете свое мнение у себя на работе или скрываете, утаиваете свои мысли?
- 9) Воздерживаетесь ли Вы от замечаний, которые бы охотно сделали? По какой причине (учтивость/прямота, контакты)?
- 10) Имеете ли тенденцию «сдерживаться» вместо того, чтобы «израсходовать» ?
- 11) Часто ли Вы находите причину поворчать, быть недовольным?
- 12) Склонны ли Вы ставить потребности других людей выше, чем Ваши собственные, сдерживаться (учтивость)?

- 13) Щедры ли Вы в финансовом отношении или «считаете каждую копейку», даже если в этом нет необходимости? Часто ли Вы приглашаете гостей? Щедры ли Вы при этом?
- 14) Ценятся ли в Вашей семье строгие, жесткие, «железные» правила? В отношении чего (актуальные способности)? Кто особенно следит за их выполнением?
- 15) Считаете ли Вы себя пессимистом, разочаровавшимся, недооцененным человеком?
- 16) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 17) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

24. Педиатрические проблемы

Способность ребенка, подростка реагировать на определенные ситуации и конфликты и вырабатывать симптоматическое поведение как сигнал о каком-либо нарушении

Определение

Согласно Kruse (1989), причины функциональных и психосоматических заболеваний в детстве часто следует искать в социальном окружении ребенка.

Симптоматика

Симптомы возникают вследствие одностороннего развития базовых и актуальных способностей. Потребность в защищенности и внимании проявляется в различных формах. Например,

- в энурезе («способность плакать нижней половиной тела»), в отказе от пищи («способность обходиться малыми средствами»),
- в астме («способность на определенные актуальные способности реагировать спонтанно»),
- в отказе от посещения школы («способность избегать требований»),
- в заторможенности («способность сдерживаться и в себе переживать воспринятое»),
- в агрессивности («способность реагировать на что-то спонтанно, эмоционально и несдержанно»),
- в kleptomании («способность находить что-либо прежде, чем это успели потерять»),
- в фобии («способность избегать кажущиеся угрожающими ситуации и объекты»),
- в соперничестве братьев и сестер («способность при помощи сравнения самоутверждаться и развиваться»),
- в упрямстве («способность сказать «нет»), в распушенности («способность игнорировать общепринятые нормы или противостоять им») и т.д.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Из трех ступеней взаимодействия на Востоке больше всех выражена привязанность. Формируется склонность к акцентированию первичных способностей, в меньшей степени обращая внимание на вторичные способности. На Западе акцент

лежит чаще в отделении и подчеркивании вторичных способностей в ущерб первичным.

Обзор литературы

Значение семейной терапии неуклонно повышается. Индивидуальная терапия также вынуждена обращать большее внимание на семейные взаимоотношения. Следует назвать имена таких психоаналитиков, как Wirsctiing и Stierlin (1982), Richter (1972, 1976) и Biermann и Biermann (1988), а также Bier-тапп (1990). Семья как система стоит у Waltzlawik (1969), Selvini-Palazzoli (1977), Bateson (1969) и Minuchin (1981) на первом плане. Обзор развития семейной терапии дает Peseschkian (1980). Обзор аспектов семейной терапии, методов и вопросов стационарной психиатрии наряду с основными принципами детской и подростковой психотерапии приводит Remschmidt (1984).

Пословицы и народная мудрость

Ребенок — это книга, которую мы должны читать и писать; дети и дураки говорят правду; яблоко от яблони недалеко падает. Мать спрашивает сына, когда тот делает уроки: «Неужели тебе совсем не стыдно, мой мальчик? Этот Хайнс, который вместе с тобой поступал в школу, учится уже на класс старше, чем ты! В чем же причина?» «Знаешь, мама, — искренне возражает сын, — я думаю, что у Хайнса просто талантливые родители».

Притча: «Как возникает война»

«Папа, расскажи мне, пожалуйста, как возникает война», — просит маленький персидский мальчик своего отца. «Я охотно объясню тебе это, — отвечает отец. — Представь себе, Персия посылает свои отряды в Китай». В этот момент вмешивается мать: «Ну как ты можешь рассказывать ребенку такую чушь! Когда это Персия вела войну с Китаем?» «Милая жена, — пытается объяснить отец, — я хотел только на примере объяснить, как возникает война». «Своими беспочвенными примерами ты только запутаешь ребенка. Кроме того, это ложь, что Персия воевала с Китаем». «Что, ты уличаешь меня во лжи! вскипел отец. — Я трачу свое время, пытаюсь объяснить что-то ребенку, а ты постоянно лезешь под руку. Если ты думаешь, что можешь это сделать лучше меня, то сделай. Ты же всегда все знаешь лучше всех!» «Это, однако, неслыханно, как ты со мной разговариваешь. Я больше никогда ничего не скажу, потому что это можно только тебе». В этот момент сын прервал спор своих родителей и сказал: «Милые родители, мне уже вовсе не нужно объяснять, как возникает война. Я очень хорошо это себе представляю».

Аспекты самопомощи: развитие педиатрических проблем с точки зрения позитивной психотерапии

В процессе обучения человек нуждается не только в информации (развитие вторичных способностей). Ему нужен также эмоциональный базис, чтобы усвоить это обучение. В этом смысле следует различать образование и обучение, которые сочетаются в воспитательных концепциях родителей и воспитательных учреждений. Сознательное воспитание означает сознавание не только содержания воспитания, но и его конечной цели: зачем, почему и для чего воспитываю я своего ребенка? Для себя? Для него? Для человечества? Каждому человеку нужно время для своего развития. Ему нужно время для физической зрелости, для душевного созревания и развития социальных взаимосвязей. В свою очередь от него требуется, чтобы он сам уделял другим время. Множество нарушений в воспитании и партнерских отношениях могут быть сведены к неадекватному распределению времени и ожиданий от распределившихся ролей. Перенапряжение, неполная нагрузка и непоследовательность являются основными причинами.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при педиатрических проблемах

Описание случая: «Мать как терапевт»

Ситуация: у шестилетнего мальчика, родители которого развелись два года назад и который жил у своей матери (работающей), после того, как он уже был приучен к опрятности, началось ночное недержание мочи и кала. Его мать: «Когда его штаны снова безобразно коричневого цвета, я готова его убить!»

Есть — ценность

До этого проводилась психотерапия, при которой врач пытался дать ребенку любовь и понимание, которые он не мог получить от матери.

Следствие: возникли очень тесные отношения между ребенком и терапевтом; мать еще более отдалилась от ребенка; возникла агрессия как по отношению к «неблагодарному ребенку», так и к «разлучнику», психотерапевту, и она прервала лечение.

При помощи методов поведенческой терапии были предприняты попытки лечения энуреза. Сначала было отмечено отчетливое улучшение, затем все стало по-прежнему.

Следствие: после этой неудачи мать отказалась от этого лечения: «Мне кажется, это похоже на дрессировку. У меня возникает настоящее чувство вины».

Должно — ценность (позитивная семейная терапия):

- 1) Сначала у матери выясняют те конфликтные сферы, которые имеют отношение к недержанию мочи и другим воспитательным проблемам, они исследуются при помощи дифференциально-аналитического опросника.
- 2) Мать становится терапевтом: в русле описанных пяти ступеней терапии строятся отношения ребенок — мать — терапевт. При этом мать участвует как терапевт и может сама проводить коррекцию в воспитательных мероприятиях, которая обсуждается в терапевтической ситуации. При этом учитываются лежащие в основе конфликтные сферы. На ступени ситуативного ободрения было предпринято лечение энуреза поведенческими методами, при этом ребенок учился контролировать свое поведение в отношении чистоплотности. Успехи «поощрялись».
- 3) В течение всего времени лечения ребенок проходил терапию также в детской группе, где наряду с такими методами, как ролевые игры, рисование и музыка, обсуждались возникшие конфликты.
- 4) Терапевтический процесс: лечение проходило в течение 6 мес. Было проведено 8 сеансов с матерью, 6 совместных встреч с матерью и ребенком и 20 занятий в детской группе. По содержанию лечение затрагивало «Life-events» матери (развод, социальная изоляция, страх перед будущим, недостаток времени и чувство вины). Обсуждались также отношения между матерью и ребенком, относящиеся к актуальным способностям *чистоплотность, аккуратность* (см. ч. II, гл. 19), *нежность* (телесный контакт) и *время* (см. ч. II, гл. 33), которые постоянно были болезненным вопросом. В лечении ребенка притчи открыли ворота воображению, которое выразилось в ролевых играх, рисовании и музыке. Только комбинации этих возможностей (мать, мать — дитя, детская группа) с их множественным и разнообразным перенесением улучшило отношения между матерью и ребенком. Мать научилась также рассматривать определенные поступки своего ребенка, например, недержание мочи (опрятность), беспорядок (аккуратность) и агрессивное поведение (прямота — честность и послушание) как невербальное выражение проблемы и позитивно истолковывать эти способности. Терапевт не воспринимался матерью как соперник, а лечение энуреза не было дрессировкой, которое обязательно должно было привести к возвращению и смене симптома на другой. Терапевтическое усилие было направлено на то, чтобы дать матери и ребенку возможность найти альтернативные концепции, которые помогли бы адекватно решить проблемы. В этой связи рассматривались актуальные способности *опрятность, терпение* (см. ч. II, гл. 18) и *образец для подражания* (см. ч. II, гл. 37).

Актуальная способность «Чистоплотность»

Определение и развитие: способность поддерживать чистоту тела, одежды, бытовых предметов, жилища и окружающей среды, а также в переносном смысле

— характера. Принято считать, что раннее приучение к чистоте оказывает влияние на дальнейшее развитие личности и установку к чистоплотности.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас уделяет больше внимания чистоте? Были ли или есть у Вас проблемы из-за чистоты (с кем)? Как Вы себя чувствуете, когда вокруг Вас грязно? Уделяете ли Вы внимание своему телу, чистоте своей одежды, квартиры, окружающей среды? Кто из Ваших родителей уделял больше внимания чистоте и опрятности?

Синонимы и расстройства: чистить, выскабливать, мыть, свинство, расхлябанность, грязь, не пачкайся! — Ритуализированная чистоплотность, навязчивое мытье; неопрятность, проблемы в общении, сексуальные расстройства, недержание мочи, кала; экзема, аллергия.

Особенности поведения: вместе с ребенком вымыть руки перед едой — это позволит сэкономить много слов. Если человеку понятно, почему он должен мыть руки, то этого легче добиться.

Двенадцать аспектов позитивной семейной терапии

1) *Кто здоров?* В наших отношениях с самим собой, партнером, близкими и, наконец, отношении к нашим жизненным целям мы все испытываем трудности, конфликты и проблемы. Здоровым является не тот, у кого нет проблем, а тот, кто способен адекватно решать их.

2) *Актуальные способности:* воспитание, как правило, затрагивает всегда одни и те же темы. Родители как первые значимые люди сообщают, передают ребенку определенные психосоциальные нормы, актуальные способности. Отдельные актуальные способности находятся на переднем плане усилий воспитателей, другими пренебрегают, и они остаются в тени (например, ребенка учат *вежливости*, забывая научить открытому выражению своего мнения, т.е. не учат *искренности*, или наоборот). Как предпочитаемые, так и недоразвитые способности становятся источниками конфликтов, которые большей частью отражают ситуацию в семье. Психосоциальные нормы можно описать при помощи дифференциально-аналитического опросника (DAJ; *Peseschkian*, 1977). С помощью этого опросника уясняются семейно-специфические установки и поведение, а также причины конфликтов.

3) *Стадии:* воспитание — это изменчивый процесс, при котором ожидания родителей и детей постоянно сталкиваются друг с другом. Насколько эти ожидания зависят от ситуативных условий, можно охарактеризовать при помощи трех стадий, которые отчасти существуют параллельно и в известной степени позволяют расставить акценты. Это следующие стадии:

- а) привязанность;
- б) различие (получение информации);
- в) отделение.

Эти стадии, с одной стороны, отражают историю развития ребенка, с другой — ожидания в детско-родительских отношениях. Четырехлетняя девочка хотела бы поиграть с отцом, посидеть у него на коленях и приласкаться. Отец отказывается, объясняя, что у него нет времени, и ребенка не следует баловать (со стороны девочки — привязанность, со стороны отца — отделение).

Все проблемы воспитания можно вывести из этих трех стадий взаимодействия. Длительное ограничение в отдельных сферах может привести к нарушениям.

4) Семья: Изменения поведения у детей понятны только внутри ситуации в семейной группе. Ребенок здесь очень часто играет роль носителя симптомов, нарушенных коммуникаций в семье, белой вороны.

5) Терапия: Психотерапия ребенка прежде всего относится к родителям, в первую очередь к матери, которые сами становятся терапевтами для своих детей. Таким образом, начало лечения ребенка психотерапевтом осуществляется через лечение родителей. Непосредственное влияние врача на ребенка должно в сущности осуществляться через дифференцированную коммуникацию, при которой при помощи мифологии, притч и народной мудрости ребенок мотивируется к совместной работе с родителями, и активизируются его интуиция и фантазия (как поиск альтернативных возможностей). В отдельных случаях проводится поддерживающая лекарственная терапия.

6) Психотерапия родителей: Лечение родителей преследует две цели:

- а) терапия конфликтов, которые есть у самих родителей (например, их супружеские проблемы, конфликты на работе, социальные конфликты и сексуальные расстройства).
- б) терапия нарушений в отношениях родители — дети.

Обе цели тесно взаимосвязаны и прорабатываются на пяти ступенях терапии.

7) Семейная группа: Семейная терапия строится на организации семейной группы, где могут быть рассмотрены возникшие проблемы. Параллельно с этим может проводиться родительская группа. На этой ступени терапевт играет роль консультанта.

8) Привлечение окружения: Перевоспитание (психотерапия) как коррекция воспитания происходит не только в отношениях родители — ребенок и врач, но и в значительной степени вне семейной или терапевтической ситуа-

ции. К этому относятся формальные социальные контакты, при которых каждый человек может выполнять в какой-либо степени роль воспитателя (родственники, друзья, соседи и т.д.). Воспитание в значительной мере осуществляется детскими учреждениями. Воспитательница в детском саду или учитель в школе, в известной степени, заменяют и дополняют родителей и поддерживают развитие отдельных актуальных способностей на основе существующих общественных запросов.

9) Переработка конфликтов как шанс: Разногласия с детьми, конфронтация с детьми и концепциями дает близким двойной шанс. С одной стороны, они могут благодаря своим детям развить свои собственные концепции, с другой через своих детей могут вновь установить связь со своим собственным детством, и вместе с тем, со сферами, которые у взрослого «Я» не были реализованы полностью (воспроизведение фантазий и т.д.).

10) Микротравмы: Только относительно небольшая часть необычного поведения возникает вследствие грубого пренебрежения (депривация) и крупных, душевно ранящих событий (травмы). Причины чаще кроются в частых «мелочах» (микротравмы), которые, в конце концов, влияют на формирование черт характера. Крупные события замечаются и учитываются каждым, в отношении же внушаемых ребенку односторонних норм и представлений о ценностях воспитателя часто остаются невосприимчивы и неосознанно держатся за неизменяемое содержание воспитания. При этом они обычно передают то, что получили в детстве от своих родителей (см. ДАО к самоконтролю и партнерскому контролю, *Peseschkian*, 1977).

11) Разногласия и мифы: При эксцентричности поведения встречаются преимущественно следующие несоответствия: стиль воспитания и содержание воспитания; развитие, неповторимость; врожденный — приобретенный; муж — жена; справедливость — любовь; распределение времени. Мифы: «Как возникает война?», «Не все сразу», «Толстые бобы», «Тень на солнечных часах», «Пророк и длинные ложки».

12) Транскультурные аспекты: В противоположность Востоку, где первую роль в воспитании играют первичные способности (контакты, терпение, доверие), среднеевропейское воспитание больше ориентировано на вторичные способности (усердие/деятельность, аккуратность, пунктуальность и т.д. Среда воспитания ограничивается здесь малой семьей, в которую иногда вмешиваются бабушки и дедушки или дошкольные учреждения. На Востоке же воспитательный процесс проходит в большой семье, где социальные контакты становятся особым, существенным стилем воспитания. В нем суммируются культурно-специфические установки по отношению к социальным контактам, об-

щению, с одной стороны и индивидуальным достижениям с другой. Стадия привязанности на Востоке длится, как правило, до конца жизни, причем связанные с ней ожидания родителей переносятся на большую семью. В европейской культурной традиции типичная смена стадии привязанности отделением происходит примерно в пубертатном возрасте довольно резко: «Ты достаточно взрослый, чтобы понимать, что ты делаешь».

Приложение: опросник к *педиатрическим проблемам*

См.: Общий опросник (ч.1, гл.3).

25. Болезнь Паркинсона

Способность замедлить жизнь, движение и их восприятие

Определение

В основе болезни Паркинсона лежит нарушение обменных процессов в клетках *substantia nigra* (Schultz и Kutemeyer, 1986). Наряду с ригидностью, акинезией и тремором проявляются психические и вегетативные расстройства. Под ригидностью понимается повышение мышечного тонуса, который выражается в «нарастающем сопротивлении» и выявляется при пассивных движениях. Под акинезией и брадикинезией понимают общее замедление и ограничение движений, включая застывшую мимику и изменения речи.

Симптоматика

Болезнь часто начинается с болей в конечностях, которые поначалу связывают с дегенеративными процессами в позвоночнике. Нередко встречаются депрессивные состояния (Booth, 1948; Fischer, 1981). Синдром характеризуется медленным прогрессированием. Типичные клинические признаки — снижение двигательной спонтанной активности, недостаточность реактивных и согласованных движений, неспособность преодолеть инициальные движения и замедлить движение, истощение моторики (рис. 27 и 28). Тремор не является безусловным проявлением болезни. Со стороны вегетативной системы проявляются себорей (повышен-

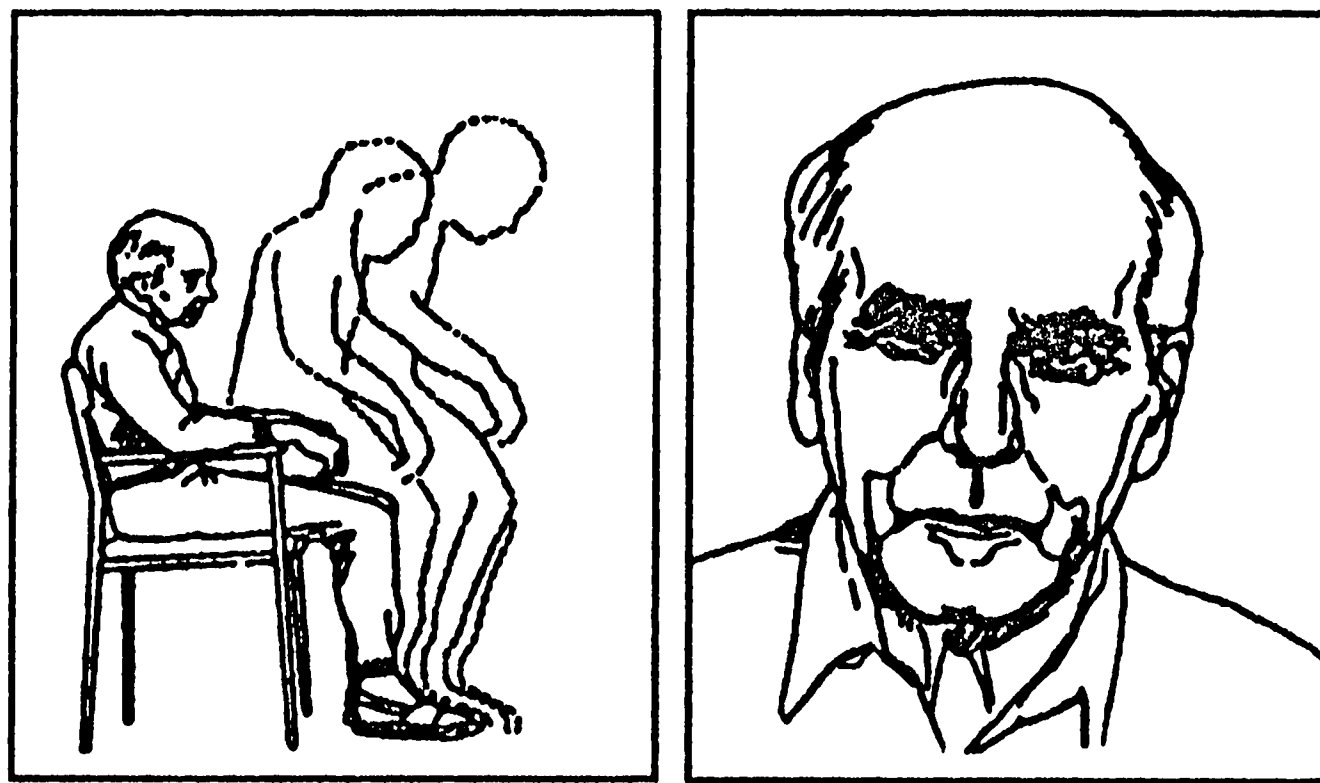


Рис. 27. Затрудненное инициальное движение и гипомимия

ная продукция сальных желез), слюноотечение, потливость, перегревание. Изменения со стороны психики: деменция, психотические эпизоды, депрессивный синдром, брадифрения.

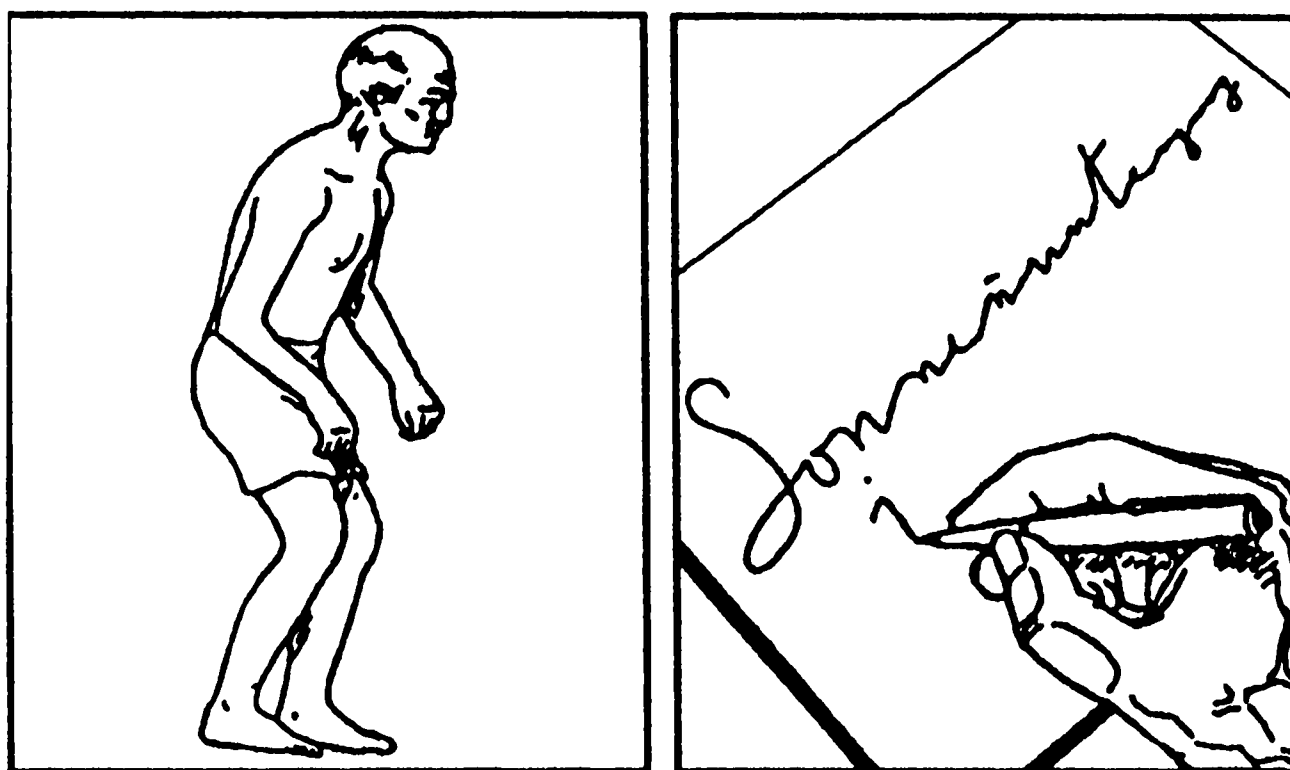


Рис. 28. Сгорбленная осанка и почерк

Транскультурный подход и эпидемиология

По современным оценкам в Германии болезнью Паркинсона страдают 250 000 человек (0,4 %); ежегодно заболевают 20 человек из 100 000 (*Роеск*, 1982). В США из всего населения в 180 млн ежегодно регистрируются 1,2 млн больных (0,7%) и 34 000 вновь заболевших.

Из страдающих болезнью Паркинсона 25% в течение 5 лет становятся нетрудоспособными. Эта цифра повышается до 80, если рассматривать временной промежуток 5 — 9 лет. Только у 30 % детей, рожденных от лиц с болезнью Паркинсона реализуется наследственная предрасположенность (*Schultz и Kutemeyer*, 1986).

Обзор литературы

Указания на причинное значение психических и психосоциальных факторов и роль психотерапии наряду с медикаментозным лечением обнаруживаются у *Booth* (1948) и *Kraus* (1974). *Holier* (1989) указывает на то, что занятия лечебной физкультурой оказывают существенное влияние на эффект терапии.

Пословицы и народная мудрость

Меня трясет; мне остается только покачать головой; играть мускулами; дрожать от страха.

Притча: «50 лет вежливости»

Пожилая пара отмечала свою золотую свадьбу. Во время совместного завтрака жена подумала: «Пятьдесят лет я была внимательна к своему мужу и всегда давала ему хрустящую верхушку булочки на завтрак. Сегодня я, наконец, сама хочу насладиться этим лакомством». Она намазала верхнюю часть булочки маслом, а мужу дала другую часть. Против её ожидания он очень обрадовался, поцеловал ей руку и сказал: «Дорогая, ты только что доставила мне величайшее удовольствие. В течение пятидесяти лет я не ел нижнюю часть булочки, которую больше всего люблю. Я всегда считал, что ее должна есть ты!».

Аспекты самопомощи: развитие болезни Паркинсона с точки зрения позитивной психотерапии

Позитивная психосоматика имеет четыре подхода к лечению болезни Паркинсона:

- 1) психотерапевтическое лечение,
- 2) лечебная физкультура,
- 3) медикаментозное лечение,
- 4) диетическое питание.

Для пациентов, у которых сильный тремор не может быть вылечен полностью при помощи этих методов, существует еще так называемая стереотаксическая операция. При этом дрожь унимается без воздействия на здоровые функции мозга.

Психотерапевтическое лечение

Больной испытывает многоплановое доминирующее влияние чувства беспомощности и страха увольнения, которое подрывает его веру в себя и его жизненную стойкость: со временем он перестает быть господином своего тела, в обществе других ощущает себя постыдной помехой, переживает колебания и ухудшения своего состояния часто с мучительным сознанием своей «неизлечимости»; его повышенная подверженность депрессивным настроениям часто повергает его в пассивность, отчужденность и отчаяние. Для членов семьи задачей является прежде всего научиться обсуждать возможности больного. Что он может неограниченно делать сам? На что способен он в профессиональной деятельности и в быту без больших затруднений? В чем его нужно поддержать? Чем он должен постоянно заниматься, чтобы улучшить свои способности? Чрезмерное сострадание близких или их попытка при неправильном понимании заботы о больном лишить его малейшей нагрузки могут быть для него очень вредными. Склонность больного отстраниться от предполагаемой или действительной реакции его окружения может дезориентировать членов его семьи.

Основой работы врача с пациентом является постоянное разъяснение, что больной не беспомощная жертва своей болезни, а сам владеет ключевой позицией в борьбе против ее последствий. Особую помощь при этом может оказать позитивное толкование симптомов, например: «Прежде Вы были очень активны и деятельны. Активность в повседневной жизни стояла на первом плане (жизненное количество). Теперь у Вас есть возможность еще раз продумать все, с чем Вы сталкивались (жизненное качество) и пополнить Ваш опыт «шаг за шагом»».

При помощи позитивного толкования может быть повышено часто заниженное чувство самооценности больного. Тогда он чувствует, что его, как и прежде, воспринимают полноценным человеком, способным познать различные сферы жизни и реализовать их для себя и ему доверяют решить свои собственные проблемы.

Актуальные способности *терпение, время, контакты, доверие и надежда* играют решающую роль в обращении с пациентом и прежде всего в отношениях врач — пациент. Больной часто склонен отгораживаться от окружающего его мира и ограничивать свои контакты с другими: «Что подумают люди?» Именно эта ситуация предоставляет врачу возможность обсудить содержательные аспекты его проблем в общении типа *вежливость /открытость, справедливость, пунктуальность и бережливость*.

Именно заботливый врач может способствовать тому, чтобы люди, окружающие больного, будь то семья или коллеги по работе - лучше поняли положение и проблемы больного болезнью Паркинсона. Образное сравнение: больной болезнью Паркинсона «беспомощен» из-за недостатка дофамина так же, как шеф, чья доверенная секретарша вдруг исчезла. Это может прояснить, почему больной теперь отстраняется от всех или имеет проблемы в общении, не нуждаясь в чрезмерном обслуживании. Для близких часто шокирующее отчуждение становится понятным, если его объяснить как «ошибку временной поддержки», которая в чрезмерном усердии была излишней!

Такое объяснение врача может внести большой вклад в нормализацию отношений больного с его окружением; только ни в коем случае у пациента не должно возникнуть тревожного чувства, что врач обсуждает с другими за его спиной негативное развитие, скрывая это от него самого! К терапии могут привлекаться и другие специалисты из психотерапевтической области, такие как психологи и социальные работники. Врач может предложить пациенту и его семье участие в группе самопомощи, адрес которой можно узнать в Немецком обществе больных болезнью Паркинсона.

Физикальное лечение

Оно включает пять моментов:

- 1) лечебная физкультура;
- 2) трудовая терапия;

- 3) речевые и дыхательные упражнения (логопедическое лечение);
- 4) массаж;
- 5) лечебные ванны, укутывание, ингаляции.

Целью лечения является поддержание двигательной способности или восстановление утраченных движений при помощи систематических упражнений.

Медикаментозное лечение

Болезнь Паркинсона со всеми ее проблемами — это хроническое страдание, как, например, сахарный диабет. Поэтому больной должен находиться на длительном лечении и под врачебным наблюдением, поэтому нельзя ожидать мгновенного успеха. Цель лечения — возможно длительное поддержание полноценной жизни пациента, исходя из длительного течения заболевания.

Три аспекта медикаментозной терапии:

- 1) лечение болезни Паркинсона препаратами L-Dopa;
- 2) лечение депрессивного состояния соответствующими антидепрессантами;
- 3) лечение сопутствующих симптомов (например, хронические запоры, нарушения сна, зрительные расстройства, сахарный диабет).

Больному предписывается обязательный и регулярный прием медикаментов. Если он забывает принять таблетку или прерывает медикаментозное лечение по каким-то причинам, то симптомы через некоторое время снова возвращаются. Речь идет о том, чтобы пациент привык принимать свои лекарственные препараты в определенные строго фиксированные промежутки времени. Очень эффективно приурочить прием лекарств к другим регулярным занятиям, прежде всего к приему пищи, к тому же некоторые антипаркинсонические препараты при этом лучше переносятся. Этому может способствовать постепенная проработка с пациентом и его семьей таких актуальных способностей, как *пунктуальность, обязательность и тщательность*. Больные болезнью Паркинсона обычно очень аккуратны, пунктуальны и обязательны. Эти качества играют важную роль в отношениях между врачом и больным. Иногда они даже выражаются в педантичности, тревожности и беспомощности.

Диетическое питание

В течение дня следует принимать обедненную белками пищу, чтобы повысить поступление в организм L-Dopa. Вечером можно принимать обычную пищу. Все продукты, содержащие много белка, т.е. главным образом продукты животного происхождения, следует исключить из рациона. Предпочтение отдается безбелковому хлебу, бедным белками макаронам и выпечке, овощам, салатам, фруктам, компотам, маслу, маргарину, растительному маслу и рису.

Практические уточнения к этому аспекту самопомощи содержатся в опроснике в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при болезни Паркинсона

Описание случая: «Когда я вижу свою мать, я отворачиваюсь»

Больная 58 лет поступила в клинику с симптомами болезни Паркинсона (акинезия, ригидность, тремор) и сопутствующими проявлениями (депрессия, высокая личностная тревожность, скованность в мышцах плечевого пояса и верхних конечностей, фобии). Лечащий врач (терапевт), проходящий специализацию по психотерапии, порекомендовал пациентке психотерапевтическую помощь. Маленькая изящная женщина подавленным голосом рассказала:

Уже многие годы я ощущала некоторую скованность в области шеи и плечевого пояса. Затем моя голова начала трястись и отклоняться вправо. Я заметила, что становлюсь все раздражительнее и теряю необходимый контроль над своими нервами. После этого я начала дрожать...

В последнее время за мной наблюдают много людей. Бургомистр поставил полицейский пост на нашей улице, чтобы контролировать, что я делаю. Вы совершенно правы, когда говорите, что так не может больше продолжаться...

В ответ на позитивное истолкование этих жалоб, что таким способом она постоянно хочет от чего-то отвернуться, отвлечься и сказать окружающему ее миру, что дальше так не может продолжаться, наша больная спонтанно среагировала: «Да, это так, кивание головой начинается, когда я вижу, слышу свою мать и разговариваю с ней. Общение с моей матерью — это чрезмерная перегрузка для меня, которой мне хотелось бы избежать ...». Это толкование и история «50 лет вежливости» вызвали у пациентки большой интерес.

Стадия II: инвентаризация

В анамнезе пациентки, как и на момент обследования, обнаруживаются проявления психологической кумуляции с усилением психических и соматических симптомов. Это выражается в возможности постоянного прогрессирования имеющейся симптоматики. При этом главная роль принадлежит следующим факторам:

Первое проявление симптоматики — сентябрь 1984 г.

1. В июле 1984 г. в возрасте 82 лет умер отец пациентки. Это явилось тяжелой травмой для нее, поскольку их связывали самые теплые отношения.
2. В августе 1984 г. наша пациентка вынуждена была поселиться вместе со своей 80-летней матерью: «Моя мать зависит от меня. Я не знаю, как сможет выдержать мой муж!»
3. В ноябре 1984 г. из-за эмоциональной перегрузки больная вынуждена была оставить свою работу преподавателя йоги. Это стало центральным в актуальной конфликтной ситуации.

4. В марте 1985 г. из-за развития болезни пациентка вынуждена была прекратить занятия теннисом и покинуть клуб. Эту потерю она компенсировала уходом в домашние заботы.
5. В июле 1986 г. ее старший сын после десятилетних отношений расстался со своей подругой. Пациентке с трудом удалось принять этот конфликт и последовательно переработать новую ситуацию, так как верность в любви имеет для нее особую ценность.
6. В конце 1986 г. ее муж заболевает бронхиальной астмой. Наша пациентка испытала сильный страх за будущее.
7. В январе 1987 г. умерла одна ее хорошая знакомая, с которой у них в последние годы возникли неразрешенные проблемы («У нас больше нет возможности помириться!»). И эта потеря в непрерывно растущем числе прочих утрат способствовала ухудшению общего состояния.
8. В феврале — марте 1988 г. началось резкое прогрессирование симптоматики. К вышеназванным проявлениям присоединился страх сделать что-то не так, диссонанс между желаемым и возможным. Это привело к хроническому эмоциональному перенапряжению.

Накапливаясь, все эти события травмировали больную. Нарастали социальная изоляция и страх перед будущим, чему способствовало и течение заболевания, возникла патологическая реакция горя. Это накопление травмирующих событий (подобно тому, как капля камень точит) привело к тому, что отдельные сферы личности больной приобрели повышенную чувствительность к конфликтам. Постоянное раздражение этих чувствительных зон (таких качеств, как бережливость, доверчивость, обязательность, сдержанность, аккуратность) вызвало состояния напряжения и внутренней возбудимости, не зависящие от вегетативной нервной системы, гормональной регуляции и органов систем (рис.29).

Интерпретация WIPPF (рис.29)

1. Вторичные способности (шкалы 1 — 11):

За исключением шкалы 5 (откровенность, искренность) все эти качества у нашей пациентки имеют максимальные значения. Особую ценность для нее имеют аккуратность (шкала 1), учтивость (шкала 4), старательность (шкала 6), справедливость (шкала 10) и верность (шкала 11).

2. Первичные способности (шкалы 12 — 19):

С одной стороны, наша пациентка склонна к нетерпеливости (шкала 12) и отчаянию (шкала 16), с другой — она ощущает себя медлительной (шкала 13), придает большое значение общению (шкала 14, однако с выраженной ориентацией на общепринятые нормы — шкала 4), очень зависима от нежности в отношениях (шкала 17) и глубоко религиозна (шкала 19).

Имя / код _____

 _____ пациент
 _____ партнер

Форма А Б

шкала				минимум среднее максимум												
				Баллы 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12												
1	444	вторичные способности	аккуратность	небрежный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	педантичный
2	344		чистоплотность	неряшливый	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	опрятный
3	443		пунктуальность	непунктуальный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	сверхпунктуальный
4	444		вежливость	бесцеремонный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	учтивый
5	441		честность / искренность	скрытный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	искренний
6	444		усердие / деятельность	ленивый	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	сверхстарательный
7	344		обязательность	необязательный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	обязательный
8	344		бережливость	расточительный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	скупой
9	424		послушание	послушный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	самостоятельный
10	444		справедливость	несправедливый	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	справедливый
11	444		верность	неверный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	верный
12	111	первичные способности	терпение	нетерпеливый	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	терпеливый	
13	443		время	успевающий	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	неуспевающий	
14	344		контакты	замкнутый	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	общительный	
15	234		доверие	подозрительный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	доверчивый	
16	212		надежда	отчаявшийся	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	надеющийся	
17	444		нежность / сексуальность	отвергающий	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	зависящий	
18	133		любовь	требовательный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	балующий	
19	444	вера / религия / смысл	безразличный	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	верующий		
20	441	конфликтные реакции	тело / ощущения	здоровье	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	психосоматические нарушения	
21	444		профессия / деятельность	дезорганизация	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	«бегство» в работу	
22	111		контакты	замкнутость	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	«бегство» в общение	
23	334		фантазии / будущее	отсутствие	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	«бегство» в мечты	
24А	222	модели для подражания	Я	мать	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	принятие	
24Б	444		Я	отец	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	принятие	
25	344		ТЫ		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	единство	
26	131		МЫ		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	общительность	
27	142		ПРА-МЫ		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	фанатизм	

Рис. 29. WIPPF (Peseschkian, Deidenbach).

3. Реакции на конфликты (шкалы 20 — 23):

В конфликтных ситуациях больная склонна к «бегству в работу» (шкала 21), становится замкнутой (шкала 22) и строит «воздушные замки» (шкала 23).

4. Измерения идеалов:

Будучи еще ребенком, больная очень хорошо относилась к отцу (шкала 24В). С ее сегодняшней точки зрения отношения между родителями были очень теплыми (шкала 25). По отношению к окружающему миру ее семья чаще жила по принципу «мой дом — моя крепость» (шкала 26).

Имя/код _____

Основной конфликт: актуальная конфликтная ситуация и ее концептуальная оценка зависят от истории жизни больной. Будучи единственным ребенком в семье (сестра умерла в раннем детском возрасте), наша пациентка приобрела сильно развитое чувство ответственности. В ее семье основными требованиями социализации были бережливость, совестливость, обязательность, вежливость и аккуратность, которые она впитала в себя.

Вместе с тем, ей свойственно обостренное стремление к справедливости. В обращении с матерью у больной замечен агрессивный стиль поведения. Скрываемая агрессия вызывала у нее чувство вины, вытеснялась. На этой почве возникало постоянное перенапряжение, поскольку она не могла отказать при любом обращении к ней с просьбой. Это невыполнимое желание отказать переживалось ею так же, как и агрессивность, и оба эти стремления подавлялись с чувством вины. Нарциссическое желание безупречного совершенства сосуществовало со страхом перед неудачами. Возможности больной по переработке конфликта в сферах достижения, контактов и фантазии (см. рис.29) характеризуются отрицательными значениями. Несмотря на свой вклад в динамику конфликта, они не осознавались пациенткой. При помощи этих взаимосвязей она поняла динамику процесса своей болезни. В период нового обострения болезни имевшиеся ранее симптомы стали приобретать хронический характер. Все это обуславливало неэффективность терапевтических мероприятий. При этом сформировалось патологическое состояние страдания, которое стало ограничивать использование всех возможностей больной по восстановлению своего здоровья.

Речь шла о синдроме Паркинсона, который возник и развился при участии хронической депрессивной симптоматики и психастенической конституции на базе депрессивной структуры невроза. Центральную роль в его содержании играла подчеркнутая учтивость в смысле торможения агрессии при выраженном стремлении к справедливости. Вследствие смерти отца и переселения матери расстройства начали прогрессировать. Качание головой можно объяснить как эмо-

ционально отягощенное «утверждение» «упрямого» восприятия. Параноидные идеи отношения могут интерпретироваться как желание контакта, который был нарушен трауром, отчаянием, потерей мужества и компенсационно возникшими навязчивостями.

Стадия III: ситуативная поддержка

В результате проведенной на предыдущей стадии инвентаризации больная увидела конкретные возможности развития. Болезнь дала ей возможность пересмотреть и расширить традиционный подход. На этой стадии она обучается релаксации по методу Jacobson (1983). В дополнение к уже применявшейся медикаментозной терапии больной назначены антидепрессанты (Saroten retard 25 мг, 1 таб. на ночь). В состоянии релаксации была визуализирована притча «50 лет вежливости». Это помогло больной понять амбивалентное поведение матери и ее отношение к симптоматике дочери, вследствие этого изменившегося взгляда на реальность было достигнуто снижение страхов и соматизации конфликта.

Стадия IV: вербализация

Постепенно пациентка научилась преодолевать свой ключевой конфликт *учтивость/честность*. В отношениях с партнером она научилась больше полагаться на него, жить по принципу: «разделенное горе — полгоря». Отдельные микротравмы были переработаны с семьей (болезнь мужа, проблемы с матерью, сложности сына и др.) и приняты новые решения (например, отдельный телефон для матери, у которой при этом появилось больше возможностей для общения и она «оставила в покое» дочь).

Микротравмы были содержательно связаны с актуальными способностями: *учтивость* как характерным проявлением скрытой агрессии (ср. ч. II, гл. 26), *справедливость* (ср. ч. II, гл. 1) и *трудолюбие /деятельность* (ср. ч. II, гл. 9). Прежде всего микротравмы касались актуальной способности *бережливость*:

Прежде наши финансовые дела шли не очень хорошо, на чем, как мне казалось, и основывается наша бережливость. Если бы у меня было больше денег, я бы потратила их на то, чтобы сделать жизнь как можно более приятной. Может быть, потратила бы их на путешествия или даже на благотворительность. Карманные деньги — это слово я впервые узнала, когда познакомилась со своим мужем. Он получал от своих родителей карманные деньги, а я не получала от своих родителей ничего. Даже когда я получала деньги на день рождения, я несла их в сберкассу и перечисляла себе на книжку.

Нарциссические тенденции пациентки постепенно были проработаны в соответствии с актуальной способностью *бережливость*; привлекался и ее муж.

Актуальная способность «Бережливость»

Понятие и развитие: способность экономно обходиться с деньгами, вещами, способностями и энергией. Ее крайностью является жадность и скупость. В узком смысле мы говорим о бережливости только тогда, когда ребенок начинает обращаться с игрушками и деньгами. Ребенок познает ценность денег по их эквиваленту и по необходимой затрате сил для их получения.

Как спрашивают об этом: кто из Вас больше ценит бережливость? Есть ли у Вас или были раньше финансовые проблемы? Что бы Вы сделали, если бы у Вас не было денег? На что Вы чаще тратите деньги, на что Вы никогда не потратите их? Кто из Ваших родителей был экономнее? Имели ли Вы в детстве или юности карманные деньги?

Синонимы и расстройства: ограничивать себя, вести хозяйство, обращать внимание на цену, растрачивать, тратить зря, жить на широкую ногу, широта натуры. Скупость, деньги как средство власти, расточительство, тщеславие, счастливый игрок, мошенничество, пассивное ожидание, наивный оптимизм, безответственность, жизненный страх, депрессия, проблемы самооценностей, тревожность, бессонница, суицидальные тенденции.

Поведение: вкладывать деньги только в один проект — играть «ва-банк». Помещение денег может иметь разные цели: для себя, для своей семьи, для коллег, для социального развития и для будущего. Вкладывать деньги имеет смысл только тогда, когда знаешь, для кого; обсуждать планы со своей семьей. Обеспечивать каждого члена семьи карманными деньгами. Человек учится тратить и экономить.

Стадия V: расширение цели

Пятая ступень подготовила выход из психотерапии. Одновременно она укрепила дух больной, придав ей силы так планировать свое будущее, чтобы сохранять и улучшать свое здоровье, социальные контакты, чувствовать свою жизнь осмысленной. Принятие больной позитивного толкования и, основанная на этом переработка травмирующих событий, привели к субъективному и объективному улучшению состояния. Наметились изменения в тонкой моторике рук, улучшился почерк. Исчезли жалобы на неловкость в домашних делах. Пациентка сообщила, что ей стало легче произвольно прекратить начатое движение. Кивательные движения значительно уменьшились, мимика стала живее. Четче стала речь. Больная смогла вернуться к активной жизни, начала играть в теннис. Лечение продолжалось в течение 48 встреч; после этого пациентка вернулась под наблюдение домашнего врача.

Приложение: опросник для больных с болезнью Паркинсона

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазия / будущее

- 1) Бывают ли у Вас иногда чувства «раскачивания», или приходится иногда по какому-нибудь поводу «качать головой», или у Вас вдруг «отнимаются ноги»? Кажется ли Вы себе «заторможенным», «как бы замороженным» или «одеревеневшим»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за поговорки?
- 2) Кто и когда впервые сообщил Вам о Вашей болезни?
- 3) *Ригидность*: имеются ли ее проявления во время медикаментозного лечения? Несмотря на лечение? *Поза*: насколько сильно склоняется вперед Ваша голова? *Походка*: можете ли Вы повернуться без усилий? Укорочены ли Ваши шаги? Вы шаркаете? Регулярно ли Вы делаете свой комплекс гимнастических упражнений? *Тремор*: можете ли Вы сознательно управлять своими руками? Трясутся ли они, когда Вы просыпаетесь? *Брадикинезия*: отмечаете ли Вы незначительное, умеренное или ярко выраженное замедление движений при работе с различными предметами или при письме?
- 4) *Мимика*: живая? Выражение страха на лице? Слюнотечение? «Застывшая» мимика?
- 5) *Речь*: четкая, громкая, резонирующая? Снижение модуляций голоса? Дисфония? Заикание? Регулярно ли делаете Вы речевые и голосовые упражнения?
- 6) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какими побочными действиями они обладают?
- 7) Важно ли для Вас, что люди говорят о Вашем заболевании?
- 8) Стараетесь ли Вы поделиться с окружающими своим опытом?
- 9) Цените ли Вы откровенность в беседе?
- 10) Кто из Вас больше любит гостей?
- 11) Есть ли у Вас интерес к искусству (музыка, живопись, литература)? Хотели ли Вы развить его или расширить?
- 12) Можете ли Вы, несмотря на свою болезнь, внести свой вклад в развитие других людей или в общественное развитие (окружающая среда, мир и т.д.)?
- 13) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизнь после смерти)?
- 14) Видите ли Вы в своем заболевании возможности для развития неведомых до сих пор сфер (тело/чувства, достижения, контакты и фантазии/будущее)?

26. Ревматоидный артрит и ревматизм

Способность двигательно перерабатывать напряжение и конфликты своим телом и ощущениями

Определение

К ревматическим болезням относят заболевания мышц, сухожилий, связок и суставов, протекающие с болями и ограничением движений. В целом можно выделить ревматические заболевания с поражением суставов, среди которых могут быть воспалительные и дегенеративные формы, а также несуставные формы ревматических заболеваний, прежде всего с поражением других видов соединительной ткани, а также функциональный ревматизм.

Ревматоидный артрит – это хроническое системное заболевание, которое клинически манифестирует поражением скелета, прежде всего суставов, при этом изменения в них неспецифические.

Симптоматика

Ревматический артрит обычно начинается с появления утренней скованности («*stiffnes in the morning*») и болезненности при движении в определенных суставах и мышцах. Как правило, суставы поражаются симметрично, причем отечность и боль появляются обычно в первую очередь в области мелких суставов кистей, на коленях и суставах ног. Позднее развивается атрофия мышц, вследствие их недостаточной активности, а также появляются контрактуры. Следует заметить, что пациенты обычно не придают большого значения своим жалобам и продолжают выполнять свою работу, проявляя активность, несмотря на нарастающие ограничения подвижности в суставах.

Формы *ревматизма* определяются различными специальными названиями: миалгии, остеохондроз, прострел. В отличие от органических мышечно-ревматических заболеваний они обусловлены переменной локализацией и изменчивой симптоматикой. Поясничная область и воротниковая зона являются местами, наиболее часто дающими симптоматику.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Частота ревматического артрита среди населения колеблется в пределах 0,3-3 % по данным различных исследований в различных странах. Распространенность его растет с возрастом; особенно часто заболевают лица

зрелого и пожилого возраста и однозначно при всех исследованиях среди больных преобладают женщины (рис.30).

- Ревматоидный артрит, по-видимому, встречается во всех странах независимо от расовой принадлежности, однако, у японцев и эскимосов несколько реже, среди населения негроидной расы США несколько чаще, чем обычно.
- Болезнь чаще поражает горожан, чем сельчан. Люди, которым пришлось повысить или понизить свой социальный статус, чаще страдают ревматоидным артритом. В целом болезнь несколько чаще поражает лиц с низким достатком и невысоким образовательным уровнем.

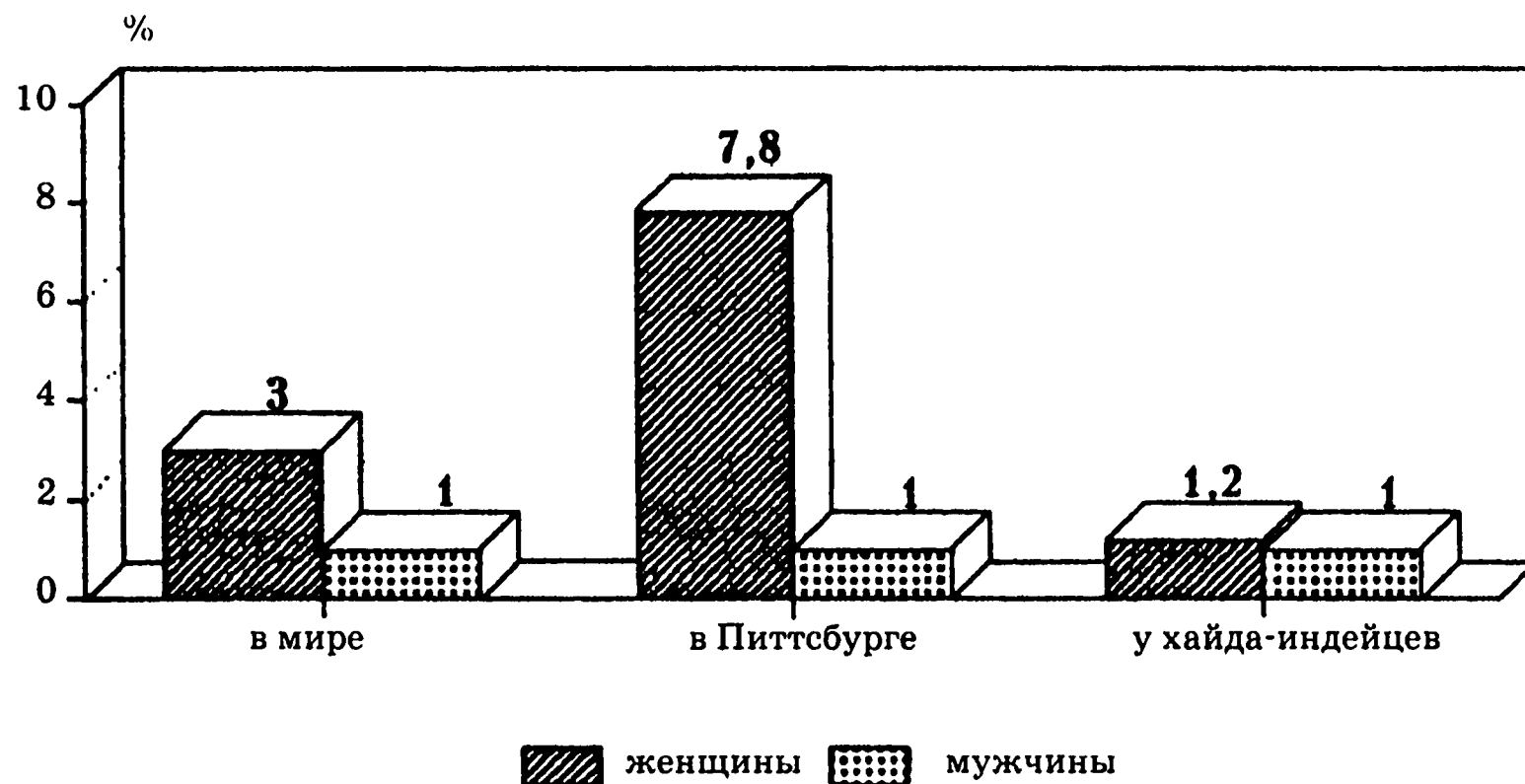


Рис. 30. Ревматоидный артрит. Транскультурное — половое распределение.

Обзор литературы

Под влиянием аффектов происходят как направленные движения, так и изменения тонуса мышц. Последний контролируется экстрапирамидной системой, которая чувствительна к психическим воздействиям. Дискуссия о психосоциальных связях и последствиях хронического артрита привела к развитию методов изучения состояния здоровья (*Meenan* и соавт. 1980), нагрузок (-«*impract*») больных артритом и результатов терапии и течения болезни (*Mason* и соавт., 1983; *Fries*, 1983). По мнению *Feinstein* (1983), субъективные данные пациентов можно проверить объективно. *Eraker* и соавт. (1984) изучали предсознательные аспекты представлений о болезни и лечении, которые имеют большое значение для поведения больных. По данным *Mathies* (1989), длительная симптоматическая диагностика укрепляет в пациенте уверенность в том, что он тяжело болен. *Weintraub* (1977) подчеркивает значимость возникающих при ревматизме болей. По данным *Schuessler* (1989), в отдельных случаях видна ясная взаимосвязь между историей жизни, психосоциальными конфликтами и началом заболевания и его течением,

хотя нет окончательных эмпирических результатов. По мнению *Hadden* (1989), переход к иммуносупрессивным формам лечения, к которым сегодня прибегают врачи-ревматологи, — это очень опасный путь и прокладывать его следует чрезвычайно осторожно. Иммуносупрессия может оказаться подобной бумерангу.

Пословицы и народная мудрость

Упрямство; твердолобый; держать осанку; не в состоянии разогнуться; нетвердо стоять на земле; не стоять на ногах; преклонить колени; не встать на ноги; не рассчитывать на свои ноги; взять себя в руки; обездвиженность.

Притча: «Сон и его смысл»

Однажды восточному владыке приснился ужасный сон. Во сне он увидел, как один за другим у него выпали все зубы. Обеспокоенный, он приказал позвать толкователя сновидений. Тот выслушал внимательно сон и сказал владыке: «Я должен сообщить тебе печальную весть. Ты потеряешь всех своих родственников, одного за другим, так же, как потерял свои зубы». Это объяснение разгневало владыку, и он приказал заключить толкователя в тюрьму. Затем он велел привести другого толкователя снов. Тот выслушал сон и сказал: «Я счастлив сообщить тебе радостное известие: ты доживешь до глубокой старости и переживешь всех своих подданных». Владыка очень обрадовался такому объяснению и щедро наградил толкователя. Придворные царя очень удивились и спросили: «Ты ведь сказал то же самое, что и твой предшественник. Но почему он попал в тюрьму, а ты получил награду?» Тогда толкователь снов ответил: «Мы оба истолковали этот сон одинаково. Но в жизни важно не только, что говорить, но и как это сказать».

Аспекты самопомощи: развитие ревматоидного артрита с точки зрения позитивной психотерапии

Экспериментальные исследования показали, что эмоциональные факторы влияют на моторику. В конфликтцентрированных интервью, на психоаналитических сеансах или в тестах на достижение, больные подвергались психическим воздействиям, которые выявляли агрессивные тенденции. У больных ревматоидным артритом в области пораженных суставов был обнаружен более высокий тонус мышц, чем в здоровых зонах. Это мышечное напряжение обычно превышало по стойкости само действие эмоционально травмирующего раздражителя. Прежде всего речь идет о таких психических травмах, как кризисы в межличностных отношениях, смерть и утрата (разлука, развод, переезд) близких людей, проблемы в браке и т.д.

Актуальная конфликтная ситуация, по нашим наблюдениям, при ревматических расстройствах связана с конфликтами и травмирующими ситуациями в различных жизненных сферах.

Тело: в базовом конфликте часто встречаются запреты, которые можно связать с моторикой: «Остановись сейчас же!», «Стой спокойно!», «Возьми себя в руки», «Замолчи», «Что скажут люди?», о чем пишут *Brautigam* и *Christian* (1973). Это может указывать на выбор органа - мишени при психосоматическом ревматическом заболевании.

Профессия/деятельность: развитие ревматического заболевания тесно связано с профессиональной неуверенностью, конкуренцией, перенапряжением, увольнением, давлением со стороны начальника, производственным заданием.

Контакты: здесь важны прежде всего воспитательные аспекты. По времени с возникновением симптоматики коррелируют школьные неудачи ребенка, трудности воспитания, болезнь одного из детей или его отделение от семьи (например, в связи с женитьбой). Постоянные конфликты между супругами, потеря или болезнь одного из близких людей, развод, разрыв отношений с последующим чувством вины, слабость в принятии решения, а также сексуальные неудачи, отношения с окружающими, переезд и смена работы, конфликты с соседями и коллегами по работе играют центральную роль при развитии заболевания.

Фантазии/будущее: на все названные сферы внешних конфликтных ситуаций, собственные перспективы на будущее оказывали особое влияние. Все наблюдавшиеся нами больные ревматизмом, мало рассчитывали на собственные способности, однако, проявляли огромное доверие к своим близким, врачам. В самооценке преобладали сомнение и неуверенность.

На своих наблюдениях при помощи дифференциально-аналитического опросника (ДАО) и еще одного опросника, который опробировался на 48 немецких и 18 иранских пациентах, мы установили у больных с ревматическими жалобами (плечевой синдром, прострел и миалгии) типичные конstellляции базового конфликта. В детстве преобладало воспитание двойной зависимости: эмоциональная гиперопека сочеталась с требованиями достижений, которые становились критериями эмоциональной привязанности. Особенности семейного характера являлись неуверенность в стиле воспитания, ошибки одного из родителей, отсутствие единства в воспитательном процессе вследствие вмешательства бабушек и дедушек и т.д. Содержательно базовый конфликт опирался на следующие психосоциальные нормы:

Учтивость — прямота: учтивость понимается здесь как подавление агрессии и подчинение своих желаний желаниям других. Она становится социальным инструментом, позволяющим обретать внимание и признание со стороны окружающих и «привлекать к себе дружеские взгляды». В семейной ситуации обнаруживается учтивость прежде всего перед родителями, которых можно охарактеризовать как эмоционально зависимых: «Что подумают люди?»

Послушание: во всех наблюдавшихся случаях можно было обнаружить подчеркнутое значение послушания. Оно, однако, не означало абсолютного подчинения, а скорее касалось соблюдения таких психосоциальных норм, как аккуратность, бережливость, трудолюбие, контакты, сексуальность, деятельность и в связи с соперничеством с братьями и сестрами — справедливость. Средством достижения послушания, по рассказам пациентов, были не шлепки и удары, а в большей степени меньшее проявление любви или угроза этого и наказания, что имело следствием ограничение активности и инициативности.

Ревматические жалобы вследствие конфликтов на работе, проблем в воспитании или в связи с постоянными супружескими проблемами, как утверждают практики, чрезвычайно редки. В повседневной жизни эти условия обозначают как «психосоциальная стрессовая ситуация». Наша гипотеза гласит: наряду с неспецифическими стрессорами существуют специфические травмирующие наслоения раздражителей. Последние зависят от укоренившихся в процессе индивидуального развития психосоциальных норм в форме установок, ожидания и стилей поведения и тесно связаны с эмоциональными переживаниями. Подобные специфические стрессоры следует рассматривать как существенные причины в развитии ревматических заболеваний. Практические дополнения к аспектам самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при ревматоидном артрите и ревматизме

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Ругань — это испражнения души»

Пациентка 48 лет, замужем, имеет дочь (20 лет). По совету своего семейного врача обратилась за психотерапевтической помощью по поводу депрессии и ревматических жалоб. Она выглядела встревоженной, говорила тихо и кратко. Вследствие ревматических расстройств больная была значительно ограничена в движениях. Симптоматически беспокоили боли в области шеи, в коленных суставах, болезненные отеки в плечевых суставах и мелких суставах кистей. Был диагностирован хронический полиартрит, который был подтвержден анализами крови и обнаружением ревматоидного фактора. Базисной терапией был назначен D-пеницилламин, а затем инъекции препаратов золота, все это имело незначительный эффект. Другие жалобы, депрессия вообще были оставлены без внимания, по словам больной, хотя это состояние проявилось на три месяца раньше ревматических жалоб. Ревматическое заболевание было в этом смысле больше, чем только неприятным физическим нарушением: в большей степени это было проявлением способности своей моторикой перерабатывать конфликты и напряжение и таким

образом экономить свою энергию. Следовало проанализировать и перестроить различие между *учтивостью* (как подавлением возникших агрессивных импульсов) и *искренностью/честностью* (как адекватным выражением чувств). Главным вопросом было: какие сферы способствовали возникшему напряжению (например, *аккуратность, чистоплотность, верность*, размолвки с партнером, отделение детей и т.д.)?

Позитивная интерпретация, что она обладает способностью перерабатывать напряжение и конфликты своим телом, облегчила больной иной взгляд на ее микротравмы. Это открыло для нее альтернативный подход и вместе с тем возможность увидеть свое заболевание в контексте тесных взаимосвязей. Она была теперь в состоянии реагировать на свои расстройства с большим пониманием.

Ступень 2: инвентаризация

На этой ступени мы обсуждаем преимущественно события последних пяти лет. Помимо прочего, выяснилось следующее:

- 1) За несколько месяцев до возникновения депрессивной симптоматики пациентка переселилась в другой город. Это обусловило длительную социальную изоляцию, которую она не могла преодолеть своими силами.
- 2) Это усиливалось тем, что муж пациентки продолжал работать недалеко от старого места жительства и приезжал домой только на выходные.
- 3) Хронический конфликт, от которого больная страдала многие годы, был связан с учтивостью. В то время как она очень следила за своими манерами и старалась не выходить за рамки приличия, ее муж избрал как метод самопомощи перевоплощение в «нечестивца». Пациентка рассказывала: «Всегда, как он начинал ругаться, я вся сжималась в комок. У меня мурашки по спине бегали». Другими конфликтными сферами были психосоциальные нормы аккуратности и чистоплотности, которые пациентка очень ценила. Несоблюдение этих норм повергало ее в постоянное эмоциональное напряжение. Этому способствовало ригидное поведение мужа, который обратил впервые внимание на жену только тогда, когда у нее появилась ревматическая симптоматика. За свою грубость он извинялся следующим образом: «Ругань — это испражнения души». В процессе лечения больная уже после того, как преодолела свою непримиримость к подобным высказываниям, сказала: «Всякий раз, когда мой муж говорил нечто похожее, я чувствовала себя сраженной».

Ступень 3: ситуативная поддержка

Лечение проводилось как конфликтцентрированная психотерапия, применялась прогрессивная релаксация по Jacobson (1938). Конфликтные психосоциальные нормы, аккуратность и чистоплотность, анализировались в релаксации при помощи притч и народной мудрости. Помимо этого, назначались легкие антидепрессанты.

Ступень 4: вербализация

На этом этапе к терапии был привлечен муж пациентки. Руководствуясь притчей «Сон и его смысл», он старался высказывать свое мнение, не травмируя жену, в то время как она старалась отказаться от своего упрямого стремления к идеалу порядочности (подавляемая агрессия и учтивость).

Подробно рассматривалась актуальная способность *вежливость* и ее взаимосвязь с *открытостью / честностью* в форме ролевой игры в семейной терапии. Супруги также обучались навыкам поддержания отношений с другими людьми.

Актуальная способность «Вежливость»

Определение и развитие: способность поддерживать отношения с другими людьми. Формы ее проявления — это поведение, в котором сказываются знание общественных норм и правил поведения, сдержанность, внимательность по отношению к партнеру и самому себе, а также скромность. Учтивость, как сознательное ограничение собственных интересов и потребностей — это социально оправданное подавление агрессии. Для овладения навыками вежливости играют роль обучение на чьем-либо примере (как правило, это родители) и обучение, подкрепляемое успехом (от собственного поведения). Реакция родителей на кажущееся невежливым поведение детей значит очень многое. Особенности вежливости являются частью культуры и нормами социальных слоев.

Как об этом спрашивают: кто из Вас больше ценит вежливость (сдержанность, правила хорошего тона)? Что Вы ощущаете, когда Ваш партнер не проявляет должной вежливости или сдержанности (ситуации)? Вы скорее учтивы или откровенны? Очень ли Вы интересуетесь тем, что о Вас говорят другие? Вы скорее проглотите обиду, чем поставите на кон хорошие отношения? Кто из Ваших родителей больше ценил правильное поведение?

Синонимы и расстройства: вести себя достойно; знать, что полагается делать; следить за манерами и хорошим тоном; пай-мальчик. Лицемерие, ритуализированная вежливость; неспособность отказать; эгоизм; неуверенность; страх; неумение сопротивляться.

Особенности поведения: Вежливость нередко формирует возможность контакта. Вместо «Ну-ка, дай сюда быстро!» лучше «Будьте добры, пожалуйста...» Что бы Вы сказали, если бы Ваш партнер обращался с Вами так, как Вы с ним? В отношении каких сфер (бережливость, верность, сексуальность, аккуратность) и с кем Вы особенно вежливы? Вам воздастся за Вашу вежливость.

Ступень 5: расширение системы целей

Возникновению расстройств способствовали названные ранее «жизненные события». Соответственно, больная прежде всего училась устанавливать контак-

ты с другими людьми. Выходные посвящались совместным мероприятиям с партнером. Вследствие переживаний из-за разлуки (переселение, отъезд дочери) актуализировалось чувство утраты в связи со смертью матери 15 лет назад. Во время терапии пациентка, помимо прочего, рассказала:

Так как смерть всегда переживается только близкими людьми, для меня больше всего значит потеря близкого человека. В доме моих родителей после смерти как можно скорее стремились восстановить обычную повседневную жизнь. Мысли об этом никогда не высказывались. Смерть для меня равнозначна безвозвратному уходу. В последние годы я об этом не задумывалась. Собственно говоря, после смерти я не могу ничего себе представить. Я дважды пережила похороны близких. Очень сложно представить, что что-то еще может быть у этой горстки пепла. В этой связи часто всплывает понятие души, но что это такое? Это что, те мысли, которые есть у человека? Но со смертью умирает и мозг, что же остается? Я спрашиваю себя, может ли быть еще что-то? Ученые не дают ответа на этот вопрос. Религии на все лады утверждают, что есть загробная жизнь, будь она на небесах или в аду, как реинкарнация или еще что-нибудь, но я уверена, со времен технического и научного прогресса известно: этому нет никаких доказательств и этого, таким образом, не существует, либо я себе просто не могу представить. Маркс говорил: «Религия — это опиум для народа». Для меня важно — здесь и теперь. Мои надежды я возлагаю на мою жизнь (здесь и теперь), а не на нечто потом. Было бы прекрасно, если бы я смогла в это поверить. Смерть тогда не была бы «исходом» для всего, и можно было бы надеяться на что-то сверх жизни. Тогда и смерть любимого человека можно было бы пережить легче, если бы я знала, что для него еще не все потеряно, что ему хорошо после смерти. Я не могу верить в детские представления о небесах с богом в образе дедушки с бородой. Было бы великолепно, если бы мы могли после смерти делать то, что делали в жизни, и достигали абсолютного счастья. Под этим я понимаю полное согласие с собой и окружающими. Было бы замечательно, если бы я могла как-то продолжать существовать рядом с любимым человеком, а все мирские проблемы были бы решены. Тогда многие вещи, которые теперь в жизни играют важную роль, просто не существовали бы.

Для пациентки ее чувство подавленности и безнадежности в процессе терапии приобрело новую направленность. Свои перспективы на будущее она расширила тем, что смогла дифференцировать свои наивно-религиозные представления. При этом с ней обсуждались следующие моменты: она научилась различать веру, религию и церковь, а также условную и безусловную судьбу. Она смогла также расширить свое одностороннее понимание науки при помощи знакомства с высказываниями известных нобелевских лауреатов, таких как Альберт Эйнштейн, Макс Планк, Вернер фон Браун и Гейзенберг.

Уже спустя относительно небольшой промежуток времени удалось достичь отчетливого облегчения состояния. Это улучшение касалось как симптомов реактивной депрессии, так и ревматического заболевания. Лечение было успешно завершено через 14 сеансов психотерапии.

Приложение: опросник к *ревматоидному артриту и коллагенозам*.

См. ч. II, гл. 6.

27. Заболевания щитовидной железы

Способность активизировать все жизненные процессы и так ускоренно расти и преждевременно созреть (гипертиреоз);

способность замедлять жизненные процессы и тем самым избегать перегрузок (гипотиреоз)

Определение

Следует различать атиреоз (врожденное отсутствие щитовидной железы), гипертиреоз (повышенная функция) и гипотиреоз (пониженная функция). Гипертиреоз заключается в повышенной продукции и секреции гормонов щитовидной железы и приводит к болезненному действию на весь организм. Под гипотиреозом подразумевается недостаточное снабжение клеток организма гормонами щитовидной железы.

Симптоматика

Для *гипертиреоза* типично повышение обмена веществ. Синтез и распад происходят очень быстро, масса тела уменьшается, несмотря на повышенное питание, часто бывают поносы, усиливается потоотделение, больного беспокоят сердцебиения, дрожь, он возбужден, раздражителен, пуглив, слезлив и плохо спит. Обычно больных легко узнать по внешности: выпученные широко открытые и влажно блестящие глаза, а также большой зоб (струм) и моторное возбуждение. Гипертиреоз может, однако, протекать и без подобного изменения глаз и без струмы. Ведущий симптом гипотиреоза — это замедление и изменение настроения и аффектов.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Гипертиреоз — одно из самых распространенных эндокринных заболеваний. У женщин он бывает в 4—7 раз чаще, чем у мужчин; у детей это заболевание встречается весьма редко.

Повышение функции щитовидной железы возникает обычно в возрасте 30 — 40 лет. В приморской местности оно встречается чаще, чем в континентальных зонах, что связано с высоким содержанием йода в морской воде.

Обзор литературы

Классический психосоматический подход, представленный *Alexander* (1971), видит психодинамические истоки заболевания щитовидной железы в отсутствии защищенности, надежности в самом раннем детстве, когда эта защищенность нарушается смертью или родительским отвержением и/или нездоровыми семейными взаимоотношениями. Неудовлетворенное желание привязанности побуждает больных идентифицироваться с объектом стремлений. Эта ранняя идентификация приводит, однако, к физиологической и психологической перегрузке и заканчивается постоянной борьбой, неуверенностью и страхом в связи с низкой самооценкой. Основываясь на новейших патофизиологических данных, *Breutigam* и *Christian* (1973) настаивали на необходимости принятия во внимание не одного причинного психосоматического фактора, а двух аспектов: взаимодействие наследственных факторов и влияний окружающей среды в раннем детстве может обусловить склонность к гипертиреозу.

Пословицы и народная мудрость

Обладать толстой шеей; у кого-либо руки загребушие; до тошноты надоело; опротивело по горло; что-либо (какое-либо бремя) висит у него на шее; броситься кому-либо на шею; бежать сломя голову; лучше вылеченный зуб, чем украшенный.

Притча: «Напутствие»

В одной персидской истории рассказывается о путнике, который с великим трудом брел по, казалось, бесконечной дороге. Он весь был обвешан всякими предметами. Тяжелый мешок с песком висел у него за спиной, туловище обвивал толстый бурдюк с водой, а в руках он нес по камню. Вокруг шеи на старой истрепанной веревке болтался старый мельничный жернов. Ржавые цепи, на которых он волок по пыльной дороге тяжелые гири, обвивали его ноги. На голове, балансируя, он удерживал наполовину гнилую тыкву. Со стонами он продвигался шаг за шагом вперед, звеня цепями, оплакивая свою горькую судьбу и жалуясь на невыносимую усталость.

В палящую полуденную жару ему повстречался крестьянин. «О, усталый путник, зачем ты нагрузил себя этими обломками скал?» - спросил он. «Действительно, глупо, — ответил путник, — но я до сих пор их не замечал». Сказав это, он далеко отшвырнул камни и сразу почувствовал облегчение. Вскоре ему повстречался другой крестьянин: «Скажи, усталый путник, зачем ты мучаешься с гнилой тыквой на голове и тащишь за собой на цепи такие тяжелые железные гири?» - поинтересовался он. «Я очень рад, что ты обратил на это мое вни-

мание. Я и не знал, что утруждаю себя этим». Сбросив с себя цепи, он швырнул тыкву в придорожную канаву так, что она развалилась на части. И вновь почувствовал облегчение. Но чем дальше он шел, тем сильнее страдал. Крестьянин, возвращавшийся с поля, с удивлением посмотрел на путника: «О, усталый путник, почему ты несешь за спиной песок в мешке, когда, посмотри, там вдали так много песка. И зачем тебе такой большой бурдюк с водой — можно подумать, что ты задумал пройти всю пустыню Кавир. А ведь рядом с тобой течет чистая река, которая и дальше будет сопровождать тебя в пути!» «Спасибо, добрый человек, только теперь я заметил, что тащу с собой в пути». С этими словами путник открыл бурдюк, и тухлая вода вылилась на песок. Задумавшись, он стоял и смотрел на заходящее солнце. Последние солнечные лучи послали ему просветление: он вдруг увидел тяжелый мельничный жернов у себя на шее и понял, что из-за него шел сгорбившись. Путник отвязал жернов и швырнул его в реку так далеко, как только смог. Свободный от обременявших его тяжестей он продолжал свой путь в вечерней прохладе, надеясь найти постоянный двор.

Аспекты самопомощи: развитие заболеваний щитовидной железы с точки зрения позитивной психотерапии

То, что щитовидная железа играет важную роль в регуляции и преодолении психофизических экстремальных ситуаций, подтверждают факты о том, что при беременности и длительном стрессе щитовидная железа увеличивается и функция ее повышается.

Определенные, часто повторяющиеся семейные переживания, у больных гипертиреозом играют важную роль в развитии личности и возникновении актуальной конфликтной ситуации.

Поскольку постоянный страх жизни не может быть уменьшен поддержкой близких людей, он достаточно часто преодолевается тем, что будущий больной гипертиреозом преждевременно приобретает компетенцию родителей и вместе с ней независимость от них и усиленно развивает ответственное сознание и готовность к деятельности.

Больной гипертиреозом склонен к тому, чтобы жертвовать собой ради других. Возникающие при этом враждебные чувства по отношению к «счастливчикам» вытесняются и сверхкомпенсируются усиленным вкладом. Таким образом, сфера деятельности при заболеваниях щитовидной железы развита особенно сильно. Сферы контактов и тела определяются полностью стремлением к успеху и достижениям.

«Правила игры», которые ребенок усвоил на всю жизнь в родительском доме, можно представить примерно так: «Посмотри, ты ведь справишься сам. Мы не можем о тебе позаботиться. У нас много своих забот». В соответствии с этим особенно проявляются такие актуальные способности, как *трудолюбие/деятельность*

(см. ч. II, гл. 9), *послушание* (см. ч. II, гл. 21), *бережливость* (см. ч. II, гл. 25) и *обязательность* (см. ч. II, гл. 23).

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при заболеваниях щитовидной железы

Описание случая: «Тело как зов помощи»

Одна больная 30 лет (она пришла на 30 мин раньше назначенного срока) была очень скромна, уступчива, после описания своих симптомов и нескольких трудных событий последних лет выразила в первом интервью своего рода квинтэссенцию:

Только моими стараниями, моей физической слабостью и тем, что я плохо себя чувствую, я могу показать окружающим, что мне нужна помощь. Я не могу этого сказать, я должна это показать.

Больная страдала струмой (зоб как следствие гипертиреоза), ее тело служило средством общения. Апеллятивная функция симптома оказалась для нее фундаментальной. Только сигнал сделал возможной помощь в форме терапевтического вмешательства и вместе с тем, наконец, преодоление недуга. Теневой стороной этого зова помощи был недифференцированный поиск пациенткой тепла и внимания, вместо того чтобы спросить по отношению к кому, когда, где, в какой форме она могла бы этого достичь. Ей был показан путь позитивного подхода: ее тело развило способность реагировать на тяжелые события и душевные травмы повышением всех жизненных процессов; было изучено содержание ее конфликтов. Теперь речь шла о том, какой лишний груз, аналогично, как в притче «Напутствие», нужно и можно ей сбросить. Проблемы сепарации/индивидуализации обсуждались на 18 сеансах, были рассмотрены актуальные способности *учтивость /прямота* (см. ч. II, гл. 5 и ч. II, гл. 26) и *контакты* (см. ч. II, гл. 8) на пяти ступенях. В сочетании с применением медикаментозного лечения было достигнуто выздоровление.

Приложение: опросник к заболеваниям щитовидной железы.

См. Общий опросник (ч. 1, гл. 3).

28. Шизофрения и эндогенная депрессия

Способность поставить под вопрос общепринятые нормы и жить на краю действительности

Определение

Эндогенными психозами принято считать следующие заболевания:

- 1) маниакально-депрессивный психоз;
- 2) шизофрения.

В то время как маниакально-депрессивный психоз представляет собой относительно гомогенное заболевание с маниакальной симптоматикой, шизофрению подразделяют на следующие формы:

- 1) кататония (моторное возбуждение или кататонический ступор);
- 2) гебефрения (преобладает непредсказуемое дурашливое поведение);
- 3) параноидная шизофрения (с галлюцинациями и бредовыми идеями);
- 4) *Schizophrenia simplex* (затяжное течение; надлом в линии жизни).

Что значит «эндогенный»? Понятие эндогенности не содержит никакой информации о симптоме или этиологии. Интерпретации, соответственно, тоже различны. Одни считают, что эндогенный — значит идиопатический, т.е. изнутри возникающая болезнь; другие называют эндогенное — наследственным. Есть и иные мнения: эти заболевания имеют еще неизвестную соматическую причину. И, наконец, эндогенный воспринимается иногда как криптогенный, т.е. обладающий неизвестной этиологией. Таким образом, слово «эндогенный» всего лишь вспомогательное.

Такие исследователи шизофрении, как *Bleuler* (1972), *Jan-zarik* (1959) и *Sullwold* (1975, неопубликованная рукопись), основывались на следующей формуле: в возникновении и симптоматике психозов следует учитывать три категории:

- 1) предрасполагающие факторы;
- 2) соматические факторы;
- 3) психореактивные факторы.

Спор в настоящее время идет скорее о том, какой вес имеют отдельные факторы. Этот вопрос имеет не только научное значение: от его решения зависит, как будут лечить пациента. При этом возможны три крайних терапевтических подхода:

- 1) изоляция больного;
- 2) медикаментозное лечение;
- 3) психотерапия и социотерапия.

Симптоматика

Маниакально-депрессивный психоз: маниакально-депрессивный психоз, называемый иначе циркулярным, или аффективным психозом. Характеризуется относительно однотипной клинической картиной: при депрессии преобладает тоскливое, подавленное настроение, замедленность движений, заторможенность мышления. Этому могут сопутствовать другие симптомы: дневные колебания настроения, потеря массы тела с отсутствием аппетита, запоры, бессонница, аменорея, снижение либидо, суицидальные идеи и деперсонализация. Наивысшая опасность суицида наблюдается при выходе из депрессии, когда исчезает двигательная заторможенность.

При мании господствует повышенное настроение, общая расторможенность и повышенная активность, ускоренное мышление и речь.

Наконец, встречается смешанное состояние, в котором можно выделить депрессивные и маниакальные элементы, отчасти они могут чередоваться во времени. Типичным признаком маниакально-депрессивного психоза является отсутствие дефекта личности по излечению каждой его фазы.

Шизофрения: шизофрения может иметь различную клиническую картину. *Крепелин* (1883) считал признаком шизофрении раннее слабоумие. Понятие «шизофрения», что означает расщепленное сознание, было введено *Bleuler* (1908). Шизофрения считается типичным личностным нарушением. Сферы памяти, интеллекта, а также мышления никогда не нарушаются первично. Психоз приводит, согласно существующим описаниям, к потере контакта с окружающим миром (контакты) и погружению в неестественный психотический мир. Появляются следующие первичные симптомы: эмоциональные расстройства, нарушения мышления и патология личности. Вторичными симптомами считаются кататонические явления (двигательные нарушения), галлюцинации (нарушения восприятия) и бредовые идеи.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Так называемые эндогенные психозы относятся к той сфере, в которой духовные отцы психиатрии расходятся во мнении. Психиатрия разделилась на два лагеря: одно направление называется *биологической психиатрией*, другое *социальной психиатрией*. Оба эти направления занимаются проблемой психозов, однако, каждое исходит из своих, абсолютно несхожих принципов. Такое разделение на фракции поддерживается уже тем, что условия возникновения психозов прояснены так же, как развитие рака или ревматизма.

Это научная сторона дела. То, что касается пациентов в целом, выглядит куда хуже. Душевнобольной человек в связи со своим аномальным поведением всегда бросается в глаза. Но реакция на это необычное поведение различна в зависимости

от исторической и этнологической ситуации. Душевнобольной человек по-разному воспринимался в различных общественных группах. Можно выделить различные модели установок к психозам: обожествление, демонизация, прегрешения; генетическая модель, модель влияния окружающей среды. Таким образом, больной то воспринимается как взятый демоном, духами, дьяволом, то считается избранным и особо одаренным; то больной может бичевать себя за содеянные грехи, то винить своих предков; то он приговорен к своей болезни генетической, т.е. унаследованной, программой, то, согласно последней модели, во всем следует винить исключительно окружающий мир. Вместе с изменением понимания душевных болезней менялось и отношение социального окружения к больным. Для примера: если при модели обожествления больного он был неприкосновенен, то при демонической модели из больного любыми способами пытались выгнать демонов: клизмами, побоями, отвратительными запахами, неблагозвучной музыкой, пытками и истязаниями. В новейшую историю перешло понемногу от каждой из этих моделей. Свирепые методы в прежних психиатрических клиниках свидетельствуют об этом: больных часами держали в горячих или холодных ваннах, в центрифугах. Вероятно, частое применение шоковых методов, начиная с введения инсулина и кардиозола до электрошока, следует рассматривать с этой же точки зрения.

Беспомощность ведет к насилию не только в воспитании, но и в психиатрии. В сравнении с теми временами положение пациентов сегодня намного улучшилось. Существенный вклад в это, несомненно, внесла разработка специализированных лекарственных препаратов. Однако, с одной проблемой пациентам еще приходится бороться: их болезнь стоит на последнем месте в шкале престижности и разделяет его с венерическими заболеваниями. В соответствии с этим, общественное мнение в отношении психиатрических пациентов обычно выражается негативно. Слова «душевнобольной», «шизофрения» или «дом для душевнобольных», даже «психиатрический» употребляются нередко как ругательства. Порог терпимости к душевнобольным людям, которые ведут себя иначе, чем большинство, потрясюще низок.

В восточных странах эта проблематика представляется несколько иначе. Здесь пациенты, которые живут в тесных связях с большой семьей, как можно дольше остаются в лоне семьи. Это часто препятствует выделению больного члена семьи. Окружающие бывают сильно озабочены болезнью, постоянно приходят с предложениями помощи, подарками и тому подобное. Но это, в свою очередь, тоже таит в себе опасность, что методы народной психотерапии окажутся менее объективными, а их эмоциональность окажется обременительной, стесняющей и пугающей больного. Так может получиться не потому, что общение оказывает патогенное влияние, а потому, что народная психотерапия менее дифференцирована и не удовлетворяет всех потребностей больного.

Pfeifer (1967) сделал наблюдение, что душевнобольные в различных культурных кругах более похожи, чем здоровые индивидуумы. Транскультурные психиа-

трические исследования могут отличить, согласно *Hinterhuber* (1987), существенное и универсальное от краевых феноменов и неважного.

Обзор литературы

Именно больным шизофренией раньше, как, впрочем, и сегодня, приписывали особенные способности. Так, сильно впечатляли патетика, высокий стиль и глубокий смысл их высказываний. *Ясперс* (1948) наделял их сублимированным пониманием и духовным прозрением.

Вопросы об угрозе развития шизофрении и указывающих на это заболевание симптомах и сигналах были изучены *Sullwold* (1975). Особенно отчетливо эти исследования указывают на нарушения в процессе мышления и особенности речи говорящего, также часто встречаются жалобы на моторику. Больные не справляются с обыденными заботами, запускают домашнее хозяйство, перестают следить за собой и т.д. Распорядок дня перестраивается, так как привычки оказываются утраченными и все следует продумывать заново. Это начинается незадолго до разгара болезни. *Атман* (1987) обсуждает феноменологию, генез и лечение шизофрении на базе модели личности динамической психиатрии, которая рассматривает человека в совокупности с его групповой динамикой, социально-энергетическими и структурными аспектами.

Пословицы и народная мудрость

Вести двойную политику; каждому человеку свойственно заблуждаться; как в сумасшедшем доме; у тебя «не все дома»; ты сводишь меня с ума; «Многие не теряют разума, так как у них его нет» (*Шопенгауэр*); «Как только открываешь рот, так сразу начинаешь ошибаться» (*Гете*); «Заблуждения человека делают его только любезнее» (*Гете*).

Притча: «Вылеченный бред»

См. ч. II, гл. 1.

Аспекты самопомощи: развитие шизофрении с точки зрения позитивной психотерапии

Поскольку мы выше изложили симптомы различных форм психоза, может сложиться впечатление, что мы здесь имеем дело с той же нозологией, что и в терапии или хирургии: боли в правой подвздошной области, тошнота и доскообразный живот относительно четко указывают на аппендицит. Нет, психозы, как раз в меньшей степени, можно диагностировать однозначно. В психиатрической клинике

Бюргера-Принца в Гамбурге в большинстве случаев устанавливают диагноз маниакально-депрессивного психоза, в то время как в Бургхельцли (недалеко от Цюриха, резиденция Блейлера и место рождения самого понятия шизофрении) чаще диагностируют шизофрению.

Само правило, согласно которому сочетание болезни с дефектом личности указывает на шизофрению, а отсутствие дефекта личности на маниакально-депрессивный психоз, больше не подтверждается специалистами. И на течение шизофрении тоже, как установил *Блейлер* (1983), можно повлиять. Таким образом, заключение об окончательности диагноза также оказывается недопустимым.

По нашим наблюдениям, очень многое подтверждает преимущество модели влияния особых факторов при развитии шизофрении и так называемых эндогенных депрессий. Это означает, что мы должны учитывать как наследственные факторы, так и соматические условия, и психосоциальную среду в качестве возможных причин заболевания. Правда, последний аспект в психиатрической практике обычно упускают из виду. Это дает нам повод уделить ему особое внимание в психотерапии.

Все клинические варианты, которые протекают с явлениями дереализации, диагностически превращают в небефрению и *Schizophrenia simplex*. Провоцирующие ситуации типа профессиональных перегрузок, семейных конфликтов или проблем, связанных с будущим, при этом легко игнорируются. Подобные происшествия расцениваются лишь как разрешающие факторы, благодаря которым текущая по своим законам болезнь у предрасположенной к ней личности становится заметной.

Heinrich (1984) указывал на то, что тяжесть шизофренического заболевания, и вместе с тем, необходимость содержания больного в стационаре, помимо других факторов, определяется образовательным уровнем пациента и его социальным статусом. *Schuet-tler* и соавт. (1979) установили, что одинокие пациенты, в отличие от состоящих в браке, значительно труднее достигают ремиссии. У большого числа обследованных больных с шизофренией в анамнезе присутствовали один или несколько следующих факторов: внебрачное рождение родителей, развод родителей, воспитание в приютах и детских домах, чрезмерная строгость и жесткость в воспитании, алкоголизм и криминальное поведение родителей. Все эти данные указывают на влияние социальных факторов на развитие и степень тяжести заболевания.

На этом основывается и психотерапевтический подход. Разумеется, следует считаться с особыми условиями психоза. Говоря языком позитивной психотерапии, при неврозе затронуты одна или несколько актуальных способностей, при психозе, по-видимому, страдают базовые способности.

Процесс психотерапии при психозах ориентируется на представленные результаты. Это означает: не только больной нуждается в психотерапии, но и его семейное, а иногда и служебное окружение.

Стратегия вырастает из трех отправных моментов:

- 1) Непосредственно страдание преодолевается лекарственными препаратами.
- 2) Близкие больного подготавливаются к своей особой роли в его судьбе.
- 3) Лечение проводится в русле подхода позитивной психотерапии.

Так называемая деперсонализация, например, выражается в том, что больной пренебрегает своими собственными интересами: он не умывается (чистоплотность), замыкается в себе (контакты), оставляет вокруг себя невероятный беспорядок (некоторые больные, напротив, стремятся к идеальному порядку), формы обхождения с окружающими становятся своевольными и грубыми (учтивость), он не отвечает за свои обязанности (деятельность/пунктуальность). Эти симптомы чаще всего имеют общественную значимость и становятся критериями того, как социальная группа принимает или отвергает больного.

Позитивную психотерапию можно применять особенно успешно для лечения шизофрении, так как лечение может быть ориентировано на типичные симптомы шизофрении и нацелено на ресоциализацию больного. При этом учитываются, наряду с жизненными событиями и ситуативными данными, прежде всего, такие высказывания, которые воспроизводят установки пациента и его окружения к актуальным способностям и сферам жизни. Собираются не просто чистые факты и даты, а еще и установки как носители концепций пациента и его близких. Таким образом, могут быть учтены как факторы, отвечавшие за возникновение симптоматики, так и в известной мере провоцирующие условия окружающей среды. В то время как психиатрические методы в соответствии с моделями шизофрении систематически разбирают картины симптомов, мы систематически рассматриваем актуальные способности и сферы способностей к любви и познанию. Тем самым мы завоевываем понимание пациента, которое в некотором отношении отличается от психиатрического подхода, что раскрывает перед нами новые терапевтические возможности. Есть существенная разница в том, говорю ли я о нелепом поведении или вместо этого дифференцирую, какое поведение является нелепым и какие концепции оправдывают такое поведение больного.

Лекарственные препараты следует назначать в соответствии с картиной болезни. При депрессиях оправдано назначение прежде всего антидепрессивных препаратов, т.е. тимолептиков. Применение седативных и транквилизаторов, наоборот, представляется сомнительным, так как тревога и страхи могут заостриться, от чего возрастает опасность суицида. Таким образом, при неуверенности всегда следует назначать антидепрессанты. Прежде всего необходимо учитывать тот момент времени, когда медикаменты отменяются. В случае преждевременной отмены могут возникнуть серьезные осложнения. Пациент в такой ситуации может совершить суицидальную попытку.

При шизофрении, прежде всего, следует назначать нейролептики. Применение медикаментозной терапии может уменьшить страдания больных. Чего не мо-

гут сделать лекарства, так это изменить внутренние условия конфликтов и внешний межличностный конфликтный очаг.

В моих транскультурных исследованиях я обнаружил у больных шизофренией значительно большую чувствительность по отношению к конфликтам, в то время как члены их семей при этом часто оставались к ним равнодушными. При параноической форме: акцентирование фантазии и традиции (например, в форме бреда справедливости, религиозного бреда, бреда верности, бреда учтивости и пр.). При гебефренических формах: способность избегать требования деятельности (актуальные способности), ставить их под сомнение. При кататонии: склонность двигательного ограничивать себя или, наоборот, впадать в некоординируемое возбуждение. Эти наблюдения еще можно пересмотреть: каково содержание бреда? Какие актуальные способности еще относительно стабильны (дифференциально-аналитический опросник ДАО)? Какие сферы затрагивает симптоматика? Прежде чем выносить больному приговор об «эндогенности» или «врожденности», нужно выяснить, что же до этого с ним произошло. Следует подключать к этому семью и социальную среду в качестве терапевтов.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при шизофрении и эндогенной депрессии

Описание случая: «Аффективный психоз»?

«У меня сильная депрессия и страхи. В течение трех лет я нахожусь на лекарственном лечении, 6 нед провела в психиатрической клинике. Сильно страдает моя способность концентрироваться. У меня плохое взаимопонимание с моим другом. Он делает такие вещи, которые сводят меня с ума, он делает такие вещи, о каких не прочтешь ни в одном романе... (Вопрос терапевта: «Что Вы имеете в виду?») Можете Вы себе представить, вместо того, чтобы выдавливать зубную пасту снизу из тюбика, он давит в середине..., свое бритвенное лезвие он оставляет в том же виде, как когда он им попользовался, а я должна его за ним мыть. Если он сходит в туалет, то обязательно оставит после себя капли мочи на унитазах. Если у него понос, и не все смывается водой, он так это и оставит. Щетку для унитаза он вообще не использует. Меня воротит от этого, меня это убивает! Я думаю об этом каждый раз, когда вижу его. И что просто безумно: чтобы туалет был чистым, он не заботится. Но ему недостаточно, чтобы раковина была просто чистой, ему нужно, чтобы она была сухой и блестящей. Я иногда думаю, почему я должна это делать, ну сделай же сам! Но каждый раз, когда я вижу это безобразное лезвие или грязный туалет, мне становится не по себе и, в конце концов, я все это мою!» (медсестра 32 лет, имеет дочь от первого брака, клинический диагноз: аффективный психоз).

Все эти высказывания указывают на сенсibilизированные сферы и свидетельствуют о том, что один или несколько социальных партнеров постоянно раздражают эти сферы в форме микротравм. Для многих больных в противоположность их партнерам факторы, вызывающие конфликты, уже не являются просто мелочами.

Актуальные способности могут стать содержанием фантазий. Так, представления о *вере, сексуальности* или *трудолюбии/успехе* могут прогрессивно заполнять все интуитивное мышление человека. Это превращает своеобразные предположения в бредовые идеи, в которых переживаются и конструируются фантастические взаимосвязи, которые, как правило, относятся к определенным сферам и актуальным способностям. С этой точки зрения можно рассматривать также классические картины бредовых идей:

Бред ревности: фантазии в сфере сексуальности, верности, доверия и сфере ощущений.

Бред величия: фантазии в связи с религией, деятельностью/успехом, престижем, бережливостью, общением и в сфере разума.

Бред преследования: фантазии, справедливость, послушание (уклонение и подчинение в отношении мнимых всемогущих авторитетов) и сфера разума.

Своеволие содержания бредовых представлений затрудняет наше понимание больного с бредом, а также того, что он думает. Вследствие этого углубляется социальная изоляция больного и его внутреннего мира. Поэтому еще важнее становится для терапевтического процесса идентификация с чужими переживаниями и образом мыслей пациента. Поскольку, полная идентификация представляется затруднительной и несколько опасной для терапевта, то наиболее подходящей можно считать частичную идентификацию.

Пациентка очень интенсивно среагировала на притчу «Вылеченный бред». Для нее оказалось несложным идентифицироваться с героем этой притчи:

Эта история очень импонирует мне, хотя я даже не знаю точно, почему. Я теперь пытаюсь понять: это корова, готовая принести себя в жертву, чтобы прокормить людей? Или это стремление к смерти? Или и то, и другое? Когда я мысленно возвращаюсь к тому моменту, когда я впервые прочитала притчу, то тогда мне больше всего понравились мудрость и отвага Авиценны, его необычный способ решения проблемы. Да, это меня очень впечатлило.

При переносе всего этого на себя у меня снова всплывают воспоминания о тех сказках, которые я больше всего любила в детстве, например «Девушка, которая спасла принца». Теперь я спрашиваю себя, хочу я быть спасателем или спасенной? Здесь мне вспоминается один мой сон, который приснился мне около года назад и по сей день очень четко стоит перед моими глазами. Я все преодолела без волнения: закрытая могила, моя дочь Улла довольно улыбается, полулежа в кресле, окруженная игрушками, фигура из картона, о которой голос сказал мне, что это воплощение моих мыслей о самоубийстве. Я должна войти в холодную воду, но когда я уже там, я осознаю, что вода приятно теплая. По этой воде вброд (она достигала моих колен) я иду к большим воротам, за которыми, я знаю, лучшая жизнь. Ворота открылись внутрь, против течения воды, что меня очень удивило. Теперь я вижу, что за воротами находятся зеленый луг, деревья, голубое небо и солнце. Но перед этими воротами стоит человек. Он стоит совершенно тихо и спокойно, протягивая ко

мне руки. Тут я замечаю, что у него нет правой руки. Я замечаю, что он этим жестом что-то хочет мне сказать, и поэтому я не могу идти дальше в ворота. Я раздумываю над тем, почему у него нет правой руки и какое значение это может иметь. На этом я просыпаюсь.

Потом я прочитала у Перлса в книге о гештальт-терапии: «Правая рука это обычно мужская часть человека, а левая — его женская часть. Правая сторона — это агрессивная, активная и выдающаяся часть, а левая — восприимчивая, чувствительная, открытая часть».

Следовательно, у меня не хватает мужества, чтобы вырваться! Поэтому я поражаюсь мудрости и мужеству Авиценны, потому что я хотела бы так же, как он, или мне бы хотелось, чтобы пришел такой Авиценна и помог мне, вылечил меня, как в той притче о вылеченном бреде?

Я хочу иметь свою правую руку, чтобы суметь пойти дальше. Но как заставить подобное вырасти? Здесь я не вижу просвета!

Были проанализированы актуальные способности *аккуратность* (см. ч. II, гл. 24), *контакты* (см. ч. II, гл. 15), а также *единство* (см. ч. II, гл. 39). Лечение было проведено в форме 15 сеансов партнерской терапии.

ДАО и в других случаях облегчает понимание сильно дифференцированной самооценки, что, казалось бы, невозможно при бредовых расстройствах. Вот один хороший пример: речь шла о 51-летней пациентке, чье заболевание характеризовалось специалистами сначала как параноидно-галлюцинаторный психоз, затем как хроническое бредовое заболевание. У нее ведущей темой была справедливость, которая основывалась на множестве пережитых ситуаций справедливости и несправедливости. Казалось, будто у нее срабатывала какая-то особая «программа справедливости», которая время от времени приводила ее к потере контроля над реальностью.

В описанном выше случае болезни медсестры 32 лет, как и в большинстве случаев шизофрении, можно выделить три терапевтические возможности, взаимосвязанные, как звенья одной цепи:

1) *Учитывать позитивные способности*: в терапевтический процесс вовлекаются конфликтные актуальные способности и корреспондирующие с ними стабильные способности. При этом речь идет о том, что пациент, с одной стороны, на базе способностей, которыми он обладает, достигает известной стабильности, с другой, он в процессе тренинга прорабатывает негативную симптоматику других актуальных способностей. У пациентки с аффективным психозом мы обсуждали в русле позитивной психотерапии *аккуратность* и там, где она вела себя в соответствии с реальностью, не скупилась на похвалу и признание. Целью было восстановить утраченную уверенность в себе и достичь той выносливости, которая позволила бы выдержать хотя бы последующий поведенческий тренинг. В таком же ключе были проработаны и другие актуальные способности.

2) *Бережно относиться к пациенту*, именно больные с шизофренией, чей мир переживаний кажется таким лабильным и опасным, лучше отвечают на те

терапевтические методы, которые не являются прямолинейными, а позволяют щадить пациента. Такими медиаторами в позитивной психотерапии являются концепции и контрконцепции, мифы и притчи. При этом срабатывает способность, которая обычно очень сильно развита у больного с шизофренией — это фантазия и воображение. Пациента, который и без того уже ограниченно контролирует свою реальность, не заставляют при этом преждевременно контролировать ее, но он может внутри сферы фантазии попробовать решить свои конфликты.

3) *Семья как терапевт*: для возникновения шизофрении и ее течения большую роль играет реакция окружающих на больного. Отношение к выздоровлению или улучшению или реабилитации также тесно связано с реакцией окружения на больного и его симптоматику. *Schuetter и соавт. (1979)* установили, что минимальные улучшения обнаруживались в группе тех больных с шизофренией, близкие которых были готовы помочь, но относились к заболеванию необъективно. В этой группе были прежде всего чрезмерно заботливые родители и супруги. Самый лучший результат наблюдался в группе с отзывчивообъективным поведением близких. Поразительно, что отвержение больных оказалось менее вредным, чем отзывчиво-необъективное отношение к ним. Позитивная психотерапия считает близких людей существенными носителями терапии. Именно там, где непосредственного терапевтического влияния на больного не оказывается, может быть, как нельзя лучше выполнена терапевтическая задача. Этот метод необходим хотя бы потому, что пациент с шизофренией нуждается в длительном объективном внимании. У терапевта он бывает 1—2 раза в неделю, а его близкие проводят рядом с ним ежедневно от 8 до 24 часов. Уже в связи со значительными временными возможностями и более частыми контактами они могут намного интенсивнее влиять терапевтически или патогенно. Именно терапевтические мощности следует использовать при лечении пациента с шизофренией. С близкими больного в процессе пятиэтапного плана лечения проводится:

- обучение дистанцированию от конфликтных форм общения с пациентом;
- прорабатываются разногласия (прежде всего анализируется относительность ценностей и неповторимость);
- проводится селективная поддержка в отношении отдельных актуальных способностей и поведенческих программ в связи с этим;
- вербальное общение с больным, например, попытка при помощи обсуждения в семье найти решения конфликтов и в рамках расширения системы целей, облегчая самореализацию пациента, не становясь, однако, у него на пути.

Прежде всего из моих наблюдений следует, что близкие больного очень сенсibilизированы к разногласиям, которые связаны с взаимодействиями с больным на стадиях привязанности, дифференциации и отделения. Особенно часто мы сталкиваемся с ситуациями, когда изоляция пациента осложняется большой при-

вязанностью близкого человека к нему или, когда больной, испытывавший прежде зависимость от близких и привязанность к ним вдруг отвергается ими или чувствует себя отверженным. Как правило, в жизни таких пациентов практически не происходило дифференциации. Чтобы было возможно в принципе нормальное взаимодействие, при котором, как в случае привязанности, так и обособления, не возникало чувства вины, полезно указать близким на лежащие в основе разногласия.

В процессе моей психиатрической и психотерапевтической деятельности я смог установить, что пребывание в психиатрической больнице обычно имеет переходящий эффект, причем пациенты после выписки менее восприимчивы к психотерапии, чем до госпитализации. Возможно, при помещении больного в стационар наступает кризис доверия, так как предпринимаемые меры в большинстве случаев сводятся лишь к медикаментозному лечению и изоляции больного. При этом срабатывает легко обнаруживаемый эффект госпитализации. Возможно, существовавшие еще более или менее стабильные сферы рассыпаются в прах и поглощаются негативным болезненным сознанием, что часто характеризуется поразительной безнадежностью. Если говорить о мало-мальски обнадеживающих результатах, следует прежде всего спросить: что же происходит с больным? И в этом случае речь меньше всего идет о дилемме между злым роком и известной долей халатности. Многократно беседуя с коллегами, я постоянно получаю подтверждение их неудовлетворенности психиатрическими методами лечения шизофрении, которые больше похожи на отказ от помощи больному. Вероятно, проблема заключается все же в предлагаемой больному модели болезни и видении человека вообще, причем даже в этом главенствует общественная норма бережливости, которая скорее позволит смириться с расходами вследствие постоянных рецидивов заболевания, нежели с попытками при помощи интенсивного разнонаправленного процесса достигнуть постепенной реабилитации больного.

Концепция позитивной психотерапии предлагает следующее переструктурирование: функционирующие отчасти лишь как средство изоляции психиатрические больницы следует преобразовать в консультации, терапевтические центры и дневные стационары, где и сами пациенты и их родственники будут обучаться своим терапевтическим функциям и настраиваться на совместную работу.

Приложение: опросник к *шизофрении и эндогенной депрессии*.

См. *Общий опросник*.

29. Нарушения сна

Способность бодрствовать; «Кто хочет реализовать свои мечты, должен постоянно бодрствовать»

Определение

О нарушениях сна говорят в том случае, когда вследствие уменьшения продолжительности сна или ухудшения его качества человек не получает полноценного отдыха. Следует различать расстройства засыпания и нарушения во время сна. При *апноэ во время сна* речь идет об эпизодически повторяющихся фазах остановки дыхания, длящихся более 10 с, во время Non-REM-сна, преимущественно во время сильного храпа. Возникающая при этом гипоксемия может считаться фактором риска. Диагностика может осуществляться в специальных лабораториях по изучению сна.

Симптоматика

— Нарушение засыпания может быть первичным при поражениях центра сна или вторичным, если обусловлено косвенно действующими факторами, как, например, падающий свет, шум и пр., и/или внутренними факторами, такими как боли, заботы, страх и т.д. Нарушения процесса сна характеризуются частым его прерыванием и/или преждевременным пробуждением;

- функциональные нарушения сна наиболее часты и связаны с экзогенными, т.е. внешними, а также психическими факторами;
- органически обусловленная бессонница;
- бессонница при эндогенных психозах;
- апноэ во время сна и храп;
- Boglsey (1989) различает 4 стадии сна.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Почти 50% немецкого населения недовольны своим сном. Диагноз «бессонница» выставляется врачами Германии примерно 5,5 млн раз в год, в 75% бессонницей страдают женщины.
- *Lawrence* (1982) приводит результаты обследования 1000 представительных домов Лос-Анжелеса, в которых нарушения сна были обнаружены в 42,5%. *Thoresen и совет.* (1980) во Флориде выявили нарушения засыпания в 45% случаев (31% — иногда, 40% — часто).

- Прежде всего на бессонницу жалуются горожане; 20-30% из них часто или даже длительное время принимают, снотворные или успокоительные средства.
- Для женщин, очевидно, значим вопрос, одиноки они или нет. Если они живут в доме, где есть еще другие люди, то 53% засыпают легко, если они одиноки, то засыпают без проблем лишь 29% из них.
- Для мужчин важна взаимосвязь между сном и работой.

Обзор литературы

По мнению *Rattner* (1977), человеку, страдающему бессонницей, не свойственно самопожертвование. Он не позволяет себе ни сна, ни других отношений. У детей с бессонницей *Duhrssen* (1981) обнаружил «длительную циркуляцию подпорогового возбуждения», часто называемую «бегством в темноту матери». Значение привычки предполагает *Langen* (1968). Привыкание и условные реакции (в понимании Павлова) играют, по его мнению, решающую роль. Так, в терапии сон должен тренироваться как активная деятельность организма, например, при помощи релаксационного тренинга. По мнению *Klein* (1989), больные с бессонницей должны, например, понимать, что «сон зависит от возраста и индивидуальных особенностей организма; какую роль играют в этом хронобиология, ритуалы засыпания, гигиена сна вроде удобной постели или температуры воздуха, привычек в еде и питье». Релаксационные методы, такие как аутогенная тренировка, йога, Biofeedback, по мнению *Klein* (1989), являются хорошими помощниками.

Пословицы и народная мудрость

Как постелешь, так и поспишь; у кого совесть чиста, у того подушка под головой не вертится; мечты — это пена; сон - это младший брат смерти; засыпая, мы каждый раз репетируем смерть; порог между здесь и там; пробуждение - это маленькое рождение; сновидение — это хранитель сна; сделал дело — гуляй смело.

Притча: «Разделенные заботы»

«Усни же, наконец, завтра опять наступит день Божий, — простонала женщина, когда ее муж сотый раз перевернулся с одного бока на другой, — пока ты не успокоишься, я не могу заснуть!» — «Ах, жена, — пожаловался муж, — мне не до сна от забот! Несколько месяцев тому назад я подписал вексель, а завтра срок его истекает. О, я несчастный! Ты же знаешь, что у нас в доме не осталось ни гроша, а наш сосед, которому я должен деньги, становится ядовитым, как скорпион, когда дело касается его денег. О, я несчастный, разве я могу заснуть!» После этого он еще раз десять перевернулся с одного бока на другой. Как

ни старалась жена успокоить мужа, все было напрасно. Тогда она попыталась утешить его: «Подожди до завтра, утро вечера мудренее, завтра ты по-другому посмотришь на все это и, может быть, мы придумаем, как уплатить долг». — «Ничто, ничто не поможет! — простонал опять муж. — Все потеряно!» Тогда жена, исчерпав терпение, встала, поднялась в сад на крыше и крикнула так громко, чтобы ее мог услышать сосед: «Вы знаете, что мой муж должен платить вам по векселю, срок которого истекает завтра. Так вот, я хочу вам сказать то, чего вы еще не знаете. Мой муж не сможет завтра уплатить по векселю!». Не дожидаясь ответа, она вернулась в спальню и сказала: «Если я не могу спать, то почему сосед должен спать?» Довольная своим своевольным поступком, она легла в постель, а муж залез с головой под простыню; от страха у него не попадал зуб на зуб. Вскоре наступила тишина, нарушаемая лишь мерным дыханием супругов.

Аспекты самопомощи: развитие нарушений сна с точки зрения позитивной психотерапии

«Синдром подушки»

После второй мировой войны психологи заметили, что дети в лагере не могли уснуть, несмотря на то, что они хорошо поели. Только тогда, когда им под подушку клали кусочек хлеба и они могли быть уверены, что и завтра будут сыты, бессонницу словно рукой снимало.

Около трети нашей жизни мы «просыпаем». Десятилетия нашей жизни, таким образом, могут показаться «потерянными», однако никто не бывает рад бессонной жизни. Потому что сон — это постоянно возобновляющийся активный процесс отдыха для организма и души. Усталость, сон и бодрствование управляются нервными клетками ствола мозга, промежуточный мозг и добавочная железа мозга определяют при этом ритмичность.

Кто не соблюдает естественный ритм сна, постоянно раздражен и возбужден, плохо концентрируется и чувствует себя усталым и разбитым. В то же время одни могут прийти в спокойное состояние после всего лишь 5—6 ч сна, а другим понадобится для этого 9—10 ч.

Если обратиться к актуальной жизненной ситуации людей, страдающих бессонницей, то замечаешь, что они ищут свои проблемы со сном во внешних факторах. Но почему же тогда, несмотря ни на что, спят большинство людей в больших городах? Это все же «внутренние враги» отнимают сон. Разум и деятельность у людей с бессонницей часто сильно развиты. Обязанности сильно переоцениваются, незавершенные дела и нерешенные проблемы приводят к мысленным прокручиваниям этих ситуаций, что происходит, когда человек ложится спать. И, нако-

нец, сам сон становится работой, продолжительность и глубина его контролируются и тревожно соизмеряются с какими-нибудь нормами.

Общение с внешним миром часто ограничено. Недоверие и чувствительность осложняют межличностные отношения. Нередко проблемы в партнерских и профессиональных отношениях мы обнаруживаем в совокупности «мелочей». Почти все страдающие бессонницей боятся недоделанных заданий, потери близких и особенно одиночества.

При функциональных, психореактивных нарушениях сна корни проблемы часто уходят в детство. Родители настаивали на своевременном отходе ко сну, усиленно навязывая свои установки ко сну. Если ребенок сопротивлялся: «Если ты сейчас же не уснешь, то завтра ты будешь невыспавшимся!», «Тебе необходимо 8 часов сна, иначе завтра ты не напишешь контрольную!» или «Сон до полуночи особенно важен». Так ребенок терял свое естественное, непринужденное отношение ко сну; он учился считать, достаточно ли он поспал, и у него появлялись предрасудки или даже страхи, связанные с мнимым принуждением ко сну. Родители часто слишком ценили время сна ребенка, вместо того, чтобы уделить ему свое время, пойти рассказать сказку или поиграть с ним.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нарушениях сна

Описание случая: «Шесть лет назад я попал в полосу неудач».

Вот некоторые высказывания больного 39 лет, интеллигентного, хрупкого на вид, с тяжелыми нарушениями сна, желудочными и сосудистыми расстройствами:

Я преждевременно просыпаюсь (после примерно двух часов сна), чувствую себя усталым и разбитым и мучаюсь еще полтора — два часа, периодически засыпая на короткое время и просыпаясь вновь. Вставать мне не хочется, работать еще меньше желания. Такая безвольность длится часами. Только чашка кофе немного приводит меня в форму. Мне сложно на чем-то сконцентрироваться. Доведение до конца важной корреспонденции — целая проблема. У меня такое чувство, что мой мозг плохо кровоснабжается, что само мышление дается мне с трудом. Сюда еще присоединяется рассеянность. После еды я зачастую чувствую себя еще более усталым. Трудноперевариваемые блюда повышают усталость. Возникает чувство переполнения желудка, нередко мне приходится вызывать рвоту. Мое пищеварение, которое всегда работало очень вяло, теперь иногда очень спешит.

Чтобы от симптомов перейти к конфликтам, я показал пациенту «Сцены одного брака» (рис.31). Он рассмеялся. Ему оказалось несложно рассказать о своих «сценах».

«Жизненные события»:

Примерно шесть лет назад я попал в полосу неудач. На бирже я потерял часть своего состояния, жена, избегая моей агрессии, обманула меня, своих друзей из – за недоразумений. После одномесячной командировки у меня возникли желудочные расстройства. Я должен был фотографировать и после возвращения не мог спать неделями. Теперь я часто бываю агрессивным и склонен к недомоганию.



Рис. 31. Сцены одного брака (по Эрику Либерману)

У этого больного были диагностированы психореактивное душевное расстройство и реакция перенапряжения. Симптоматически отмечались бессонница, депрессия, тревога, жалобы на желудок и нарушения кровообращения. Органических причин для этих нарушений найдено не было, скорее всего, здесь шла речь о невротическом развитии. К сожалению, своевременно не было проведено психотерапевтического лечения и тенденции к депрессивным невротическим проявлениям хронифицировались в форме бессонницы и депрессии. Осознание взаимосвязи между событиями жизни и симптоматикой позволило сформировать новый подход больного к своему заболеванию. Нарастание жалоб тесно взаимосвязано по времени и частоте с семейными и профессиональными проблемами. На возникшие микротравмы наслаивались психические конфликты и тем самым усиливали симптоматику. На третьей ступени в состоянии глубокой релаксации пациент осознавал позитивные аспекты нару-

шений сна: «Кто хочет осуществить свои мечты (в немецком языке слова «мечты» и «сны» обозначаются одним словом - *Traume*), тот всегда должен бодрствовать!» и притча «Разделенные заботы». Дополнительно были назначены легкие антидепрессанты.

На ступени четвертой обсуждались актуальные способности *усердие/деятельность* (см. ч. II, гл. 9), *время* (см. ч. II, гл. 33), *вера* (см. ч. II, гл. 36), *бережливость* (см. ч. II, гл. 25), *пунктуальность* (см. ч. II, гл. 16) и *терпение* (см. ч. II, гл. 18), которые, кумулируя, привели к повторению базового конфликта («невротические навязчивости»).

На пятой ступени пациент был в состоянии распределить свою энергию в различных жизненных сферах и выразил свое мнение о четырех формах переработки конфликтов так:

Тело/ощущения: моя потребность в курении почти полностью отпала и практически больше не занимает меня. Летом я очень много физически трудился и много катался на велосипеде. Сплю достаточно в отличие от недавнего прошлого.

Деятельность: вследствие лучшего планирования времени я почти не попадаю в цейтнот, могу значительно лучше распознавать проблемы и в состоянии, помимо специальной литературы, читать еще и для души.

Контакты, партнерство и общество: я лучше и быстрее, чем раньше, осознаю конфликтные ситуации, чаще вижу свою долю вины в них. Нередко у меня бывает чувство, что я плохо, шумно или неучтиво веду себя в обществе. Теперь я доверяю себе и пытаюсь получить обратную связь. Контакты с коллегами в целом стали лучше и сердечнее. Мне легче стало говорить со своей женой.

Фантазии/будущее и интуиция: мне оказалось необременительно немного помочь в последние недели и дни жизни моей соседке, которая умерла в 80 лет. Моя потребность в музыке и игре на пианино усилилась. Я лучше, чем прежде, осознаю свое настроение. Особенно, сталкиваясь с трудностями других людей, я постоянно переживаю, как я могу быть счастлив, что умею решать жизненные вопросы с такой точки зрения, как теперь. Регулярное чтение религиозных писаний и молитв, если в меру, приносит удовлетворение. При этом меня занимают некоторые вопросы: хорошо ли для меня из всех сил придерживаться прежних профессиональных и других планов? И моя жена, и я имеем очень много деловых встреч. Наши разговоры сводятся к минимуму. Принципиальный ли это ущерб? Хорошо ли для меня уделять себе так много времени, или это все же недостаток?

Терапия была успешно завершена через 4 мес (18 сеансов), к ней привлекалась супруга больного. Большую помощь оказал также опросник.

Приложение: опросник к нарушениям сна

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Когда и от кого Вы впервые узнали о Вашем заболевании?
- 2) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, чего Вы можете от них ожидать и какие побочные эффекты возможны?
- 3) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 4) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазии/будущее)?

30. Апоплексический удар и закупорка артерии

Способность приостанавливать телесные функции, особенно моторно-сенсорные; и тем самым сообщать окружающему миру, что «так дальше не пойдет»!

Определение

- Апоплексией, а также ударом, апоплексическим инсультом называется либо массивное кровоизлияние в головной мозг при гипертонии, либо инфаркт мозга (ишемический некроз), который является причиной апоплексии в 70—80% случаев. Примерно 15% всех смертных исходов наступает в результате апоплексии.
- Закупоркой артерии и артериосклерозом называют патологическое уплотнение и сужение артерий вследствие избыточного отложения в стенках этих сосудов жиров, белков и минеральных веществ (в том числе солей кальция).

Симптоматика

- При каждом инсульте речь идет о недостаточном поступлении кислорода в тот участок головного мозга, который кровоснабжается пораженным сосудом. Сопутствующими симптомами являются нарушения сознания, вплоть до комы, часто спастическая гемиплегия и различные центральные моторные и сенсорные нарушения, фокальные или генерализованные судороги.
- Предвестники инфаркта мозга — преходящие неврологические симптомы выпадения функций без образования участков повреждения тканей.
- В результате устойчивых или длительно существующих артериосклеротических изменений сосудов формируются участки повреждения тканей. В зависимости от того, где в организме возникают эти пораженные участки, появляются различные симптомы заболевания: при повреждении артерий мозга, которые особенно часто страдают при артериосклерозе, возникают так называемые явления закупорки (как, например, заострение определенных черт характера, ухудшение памяти, аффективная лабильность, сужение круга интересов и слабая критика).
- Артериосклероз венечных артерий сердца (коронарный склероз) приводит к *angina pectoris* (грудной жабе) и к инфаркту миокарда, склероз почеч-

ных артерий — к нарушению функции почек, склероз артерий нижних конечностей — к болям и судорогам при ходьбе, а склероз артерий сетчатки — к расстройствам зрения вплоть до слепоты.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Инсульт после сердечно-сосудистой недостаточности и рака является третьей по частоте причиной смерти.
- В Германии ежегодно переносят инсульт около 90 000 человек, 25% больных умирают в острой фазе. Среди остальных примерно у 50% возникает рецидив со смертельным исходом в течение ближайших пяти лет.
- Средний возраст инсультных больных составляет 65—70 лет.
- Инсульт может произойти и у достаточно молодого человека, если при очень высоком артериальном давлении у него разорвется сосуд.
- Среди 20—30-летних мужчин в индустриально развитых странах Запада склеротические изменения сосудов обнаруживаются у 35%. У 70-летних стариков артериосклероз выявляется в 70—80% случаев.
- Курильщики составляют группу риска для развития ишемического инсульта. Это подтвердили исследования австралийских врачей (*Doman, 1989*).

Обзор литературы

Eaker и *Feinleib* (1983) установили взаимосвязь между развитием инсульта и различными психосоциальными факторами у мужчин и женщин в возрасте 45 — 64 лет. *Kunze* (1988) считает, что развитие артериосклероза многие годы и десятилетия никак не проявляется, начинается он, несомненно, еще в детстве.

Пословицы и народная мудрость

Его постиг удар; это просто сразило его; у него отнялся язык; его словно парализовало; он мне спуску не дает; это известие его просто убило; сохранять самообладание, владеть собой; поддерживать себя в форме; склероз; так дальше не пойдет; как гром среди ясного неба; убийственное доказательство; умопомрачительный успех; из него песок сыплется.

Притча: «Еще одна большая программа»

У одного купца было сто пятьдесят верблюдов; они шли по пустыне, навьюченные товарами, а с ними еще сорок послушных рабов и слуг. Однажды вечером купец пригласил в гости своего друга. Это был Саади. Всю ночь напролет он без

устали рассказывал гостю о своих делах и заботах, о том, как утомительна его профессия. Он говорил о своих сокровищах в Туркестане, о своих поместьях в Индии, показывал документы на владения и ювелирные изделия. «О Саади, — вздыхал купец, — я совершу еще одно путешествие, а уж после этого позволю себе заслуженный отдых, о котором мечтаю так, как ни о чем другом на свете! Я хочу отвезти персидскую серу в Китай; я слышал, что она там в большой цене. Оттуда повезу китайские вазы в Рим. Затем мой корабль доставит римские ткани в Индию, а оттуда индийскую сталь в Халаб. Из Халаба я буду экспортировать зеркала и изделия из стекла в Йемен, а из Йемена вывезу бархат в Персию. С мечтательным выражением лица он рассказывал все это скептически слушавшему его Саади. А уж после всего этого моя жизнь будет посвящена отдыху и размышлению, высшей цели моих помыслов» (по Саади).

Аспекты самопомощи: развитие инсульта и закупорки артерий с точки зрения позитивной психотерапии

Артерии снабжены нервами, которые обеспечивают расширение и сужение просвета сосудов, что необходимо для приспособления организма к меняющимся условиям существования (например, покой, физическая нагрузка, изменение температуры тела и т.д.).

Реакция на нагрузки у лиц с артериосклерозом протекает в направлении защиты и избегания, однако вместе с этим ограничиваются и сужаются все жизненные сферы. Реакция на конфликты у больных с инсультом протекает в сфере тело/ощущения, но обычно это приводит к очень драматичным последствиям. Ведь зачастую при этом возникают не только функциональные расстройства, но и полное выпадение функции.

В сфере разум/деятельность после первоначального ухода с головой в работу начинает преобладать полное отстранение от всех форм активной деятельности. В сфере контактов также возникает замкнутость и изоляция. И, наконец, происходят изменения и в сфере фантазий. Как и сосуды, духовные горизонты сужаются все сильнее и сильнее. В народе это состояние называют «склерозом».

Люди, которых постиг инсульт, воспитывались в детстве преимущественно в духе развития способности к познанию. Предпочтение отдавалось вторичным способностям, вроде аккуратности, пунктуальности, послушания, бережливости и справедливости; первичным способностям, напротив, уделялось мало внимания. Поэтому ребенок, не узнав и не пережив их в отношениях с родителями, и, не увидев в отношениях между родителями, не смог их перенять. Контакты с другими людьми, за исключением самых близких родственников, были ограниченными. Знакомства с другими людьми, с другими формами жизни и представлениями не одобрялись. Очень много внимания уделялось соблюдению семейных традиций. Вопросы религиозной веры в родительском доме имели второстепенное значение.

Несмотря на это, в соответствии с концепцией «традиции прежде всего», от детей требовалось регулярное посещение церкви и другие зримые подтверждения порядочной жизни. Если же вдруг у кого-либо возникала интересная новая идея, то она обычно отвергалась: «Все это не имеет смысла» или «Нет, так не пойдет» и т.д.

В восточных традициях дело обстоит несколько иначе. Семья и общественные обязанности, ответственность за большую семью, друзья и знакомые могут привести к эмоциональному перенапряжению и чрезмерным проявлениям учтивости («угодить всем!»). По моим наблюдениям, повседневная жизнь больного с инсультом на Западе характеризуется обычно стремительностью (давление времени), агрессивным поведением, жесткими и открытыми действиями («Я не допущу, чтобы со мной что-то случилось!»), в то время как на Востоке преобладают мягкость, уступчивость в поведении, повышенная готовность помочь («Вы всегда можете рассчитывать на меня!»).

В целом микротравмирующие события в детстве, по-видимому, имеют для больных с инсультом меньшее значение.

Психосоматические взаимосвязи при инсульте отражены в многочисленных крылатых выражениях.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при инсультах и закупорке артерий

Описание случая: «Я очень сильно сомневаюсь в Боге из-за моих длительных страданий»

Пациент, удачливый бизнесмен 50 лет, был направлен к психотерапевту своим семейным врачом после инсульта и инфаркта миокарда с многочисленными жалобами. Психотерапия была проведена за 10 сеансов в форме лечения нервного срыва. Больничная касса послала просьбу об установлении нетрудоспособности. Это должно было усилить мотивацию сдержанного и непроницаемого больного к лечению. Мои слова: «У меня складывается впечатление, что Вам пришлось многое пережить в последние годы. Ваше тело теперь словно говорит Вам, что дальше так дело не пойдет», привели к тому, что он начал рассказывать мне о своем «пути страданий». На третьей ступени я рассказал ему притчу «Еще одна большая программа»... Больной сказал, что очень легко может идентифицировать себя с этим торговцем. Осмысление сейчас действительно было бы ему полезно. Ниже приведены выдержки из его рассказов во время психотерапии:

Моя болезнь, причина всех моих страданий и операций, не прошла и сегодня: моя педантичность, вспыльчивость и агрессивность. По словам моих врачей и специалистов, мои страдания возникли вследствие чрезвычайно сильного стресса. В последние 7 лет мое здоровье значительно ухудшилось: от внутрисердечного инфаркта миокарда к инсульту и

нарушениям обмена веществ с высокими цифрами жиров крови (600 холестерина, 1045 триглицериды) — до операций в брюшной полости: удалены S поджелудочной железы, желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка, ²/з желудка и еще участки кишечника. Сердечно-сосудистые нарушения начались у меня после развода и разлуки с моим, больше всего на свете, любимым ребенком. Так дело дошло и до инсульта. Последний год перед разводом, произошедшим не по моей инициативе, я страдал сильной депрессией, борьба за сохранение моего брака. Теперь мне хочется в покое и согласии прожить оставшееся мне время (месяцы/годы) с моей новой супругой и позаботиться о нашей фабрике: руководство предприятием, планирование, маркетинг, издание проспектов, несмотря на двух очень способных сотрудников, остаются, по-прежнему, в моих руках, так как никто другой из-за дефицита времени не может этим заняться.

Мой брак не просто гармоничен и удачен: без моей жены я бы не смог выжить. Я католик, и мы с женой принадлежим этой церкви. Мои особые представления и вера воплощены в Боге-Отце (или судьбе). Непосредственно после большой операции я ощутил невероятно сильную связь с Богом. Я очень, очень много плакал и по сей день делаю это очень часто, отчасти от любви и благодарности к своей жене. Я боюсь своей дальнейшей жизни и сильно сомневаюсь в Боге из-за своих длительных страданий. Я верю в бессмертие души всех живых существ. Различие между раем и адом видится мне как счастливое спокойное засыпание по вечерам и чрезмерные страдания и боли до смерти. После смерти все равны.

В процессе пятиступенчатой терапии больной учился дифференцировать свои защитные механизмы рационализации и отрицания, которые содержательно отражали его отношение к *аккуратности* (см. ч. II, гл. 19), *деятельности* (см. ч. II, гл. 9), *времени* (см. ч. II, гл. 33), *справедливости* (см. ч. II, гл. 1) и вере/религии (см. ч. II, гл. 36).

Для него, как и для меня, было удивительным, что проблема, которую мы воспринимали как порочный круг, в один момент потеряла свою остроту, как только были затронуты названные выше актуальные способности. Лечение было завершено за 15 сеансов.

Приложение: опросник к инсультам и закупорке артерий

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Верите ли Вы, что «закупорены» или «закостенели»? Что Вас привело к этому? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Кто и когда сообщил Вам о Вашем заболевании?

- 3) Применяете ли Вы интервальный тренинг, аутогенную тренировку или другие методы релаксации?
- 4) Регулярно ли принимаете Вы назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, чего Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 5) Какое влияние оказывает Ваша профессиональная работа на Ваше заболевание? И наоборот?
- 6) Довольны ли Вы своей профессией?
- 7) Переживали ли Вы в последние 5 лет значительные профессиональные изменения?
- 8) Какие вторичные способности Вы могли бы перестроить, чтобы замедлить отступление от профессиональных задач?
- 9) Какое значение имеют для Вас социальные контакты? А для Вашего партнера, друзей, гостей, родственников, соседей, коллег? Какие сходства или различия Вы замечаете?
- 10) Какое значение, по-Вашему, имеют социальные контакты для представителей других культур?
- 11) К чему Вы чаще относитесь лучше: к настоящему, прошлому или будущему?
- 12) Нравится ли Вам применять свои творческие способности (играть на музыкальных инструментах, рисовать, лепить, сочинять и т.д.)?
- 13) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 14) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

31. Нарушения глотания и кашель

Способность «проглатывать» конфликты, чтобы избежать их, или «прокашлять» кому-либо что-то, боясь ранить его словами или поступками

Определение

При синдроме нарушения глотания речь идет об ощущении чужеродного тела в горле, которое возникает вследствие спазма верхнего отдела пищевода. Аэрофагией называют привычное заглатывание воздуха. Кардиоспазм, или ахалазия, представляет собой спастическое сужение нижнего отдела пищевода. При нарушениях глотания, со рвотой содержимое желудка выбрасывается вследствие действия ядов, механических, гормональных или психических раздражителей (отвращение, конфликты) посредством активизации диафрагмы и мышц передней брюшной стенки. При кашле речь идет о спастических дыхательных толчках, которые вызываются раздражением дыхательных путей.

Симптоматика

Пациенты с нарушением глотания жалуются, независимо от приема пищи, на ощущение комка или застрявшего шарика в горле, из-за чего они постоянно поперхиваются или навязчиво стараются сглотнуть. Вследствие заглатывания воздуха возникает вздутие живота с ощущением распираания и сдавления, икотой и иногда болями в сердце. При кардиоспазме прием пищи и глотание осложняются тем, что накопившаяся пища не может попасть в желудок, что часто сопряжено со страхом. Больной с ахалазией почти всегда истощен. Различают сухой кашель и влажный, с отделением мокроты.

Транскультурный аспект и эпидемиология

У представителей различных культур, у которых возникает сильная социальная зависимость, например, от родителей, родителей супруга, других людей, можно встретить нарушения глотания. Также в тех культурах, где учтивость и оказание знаков внимания очень важны, часто встречается повышенный кашлевой рефлекс. Таким способом человек освобождает окружающих и нагружает себя.

В одном исследовании *Winter* (1958—1959) обнаружил, что женщины страдают нарушениями глотания в 3 раза чаще мужчин. По данным *Brautigam* и *Christian* (1973), около 10% пациентов с депрессиями страдают нарушениями глотания.

Обзор литературы

По *Loch* (1971) и *Нибег* (1981), ощущение комка в горле представляет собой бессознательный отказ что-то проглотить (в переносном смысле). С точки зрения психоаналитического подхода, подобная симптоматика обусловлена конверсией, т.е. вытесненные инстинктивные желания превращаются в телесные симптомы, они имеют символическое значение и нацелены на выгоду от болезни (*Meyer*, 1973; *Alexander*, 1971). Микроциркуляция слизистых, по *Thaler* (1980), особенно подвергается адренергическому влиянию при эмоциональной нагрузке. По данным *Schnieder* (1986), иммунная защита слизистых также ослабляется при длительном агрессивном состоянии. По мнению *Luban-Plozza* и *Poldinger* (1977), кашель может представлять собой также попытку выпустить («вытолкнуть») внутренние стремления, которые кажутся чуждыми и опасными.

Пословицы и народная мудрость

Комок стоит в горле (подступил к горлу); понести ущерб; петля вокруг шеи затягивалась все туже; я не могу этого проглотить; с души воротит, муторно.

Метафора «Золотой шар»

*Ту любовь, что я получил от своего отца,
я не вернул ему, потому что,
будучи ребенком, не мог еще ценить таких даров
и был суров к отцу.*

*Теперь у меня растет сын, так горячо любимый,
как никто, моим отцовским сердцем;
и я растрачиваю то, что было мною получено в детстве,
на того, кто мне ничего не вернет.*

*Ведь когда он станет мужчиной и станет думать,
как все мужчины,
он, как и я, пойдет собственным путем:
с тоской, но без зависти, я буду смотреть,
как он дарит моему внуку то, что предназначалось мне.*

*Я устремляю свой взор далеко в будущее,
в зеркало жизни:
каждый с улыбкой бросает золотой шар дальше,
но никто не возвращает его!
(по *Barries von Mimchhausen*).*

Аспекты самопомощи: развитие нарушений глотания и кашля с точки зрения позитивной психотерапии

Моторика пищевода контролируется также нервной системой. При нормальном слюноотделении все «гладко» спускается вниз. При симптоматическом влиянии происходит уменьшение слюноотделения, появляется «сухость во рту» («в горле пересохло»). При парасимпатической реакции могут возникать спазмы в пищеводе, что приводит к появлению ощущения чужеродного тела или куса в горле, как будто «что-то давит на горло». При нарушениях глотания возникает внутренняя защита против поглощения. Глотание тем не менее происходит, но защита в той или иной степени срабатывает и возникает протест, выражаемый через симптоматику. Ритуализированная вежливость не позволяет пациенту открыто говорить о конфликтах. Он уже в раннем детстве научился «проглатывать» обиды («Когда взрослые разговаривают, ребенку следует помолчать!»). В анамнезе пациентов с хроническим кашлем постоянно приходится сталкиваться с игнорированием собственных потребностей, избеганием конфронтации и подавлением агрессивных тенденций («Умнейший уступит» «Только не спорьте!», «Дети должны слушаться!»). В кашле можно увидеть первый осторожный амбивалентный протест против концепций семьи и окружающего мира. Психологическое значение глотания и кашля очевидно. Пациент с ощущением комка в горле подсознательно отказывается пропустить в себя что-то нежелательное («Это никак не может улечься во мне», «Я сыт по горло!»). Человек, который кашляет, может быть уверен, что окружающие рефлекторно поворачиваются к нему. Кашлем можно мешать, злить, провоцировать и ранить. «Я кашляю тебе что-то» означает: «Я не готов исполнить твои желания, но я не могу сказать тебе «нет», потому что не хочу тебя травмировать» (в случае отношений).

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нарушении глотания и кашле

Описание случая: «Я не знаю, что будет дальше!»

Еще с 1985 г. я страдаю различными расстройствами, которые в последнее время проявляются все чаще. По утрам я не могу выдавить из себя ни звука, бывают тошнота и рвота. К этому можно прибавить слабость, нарушения сна и одышку. С середины 1987 г. присоединился кашель. Мои многочисленные больничные листы привели в 1988 г. к увольнению. Я полностью утратила мужество и радость жизни. Мое состояние причиняет мне столько неприятностей, что я не знаю, что будет дальше.

Актуальная конфликтная ситуация пациентки состоит, с одной стороны, в проблематике справедливости в профессиональной сфере и отношениях с мужем,

с другой, в проблеме приобретения самостоятельности, отделения от своих родителей. При этом актуализируется следующий базовый конфликт: до 5 лет больная воспитывалась исключительно матерью и бабушкой, которые очень баловали девочку. Образовалась очень сильная связь мать — дочь и зависимость пациентки от матери. Позднее возвратившийся в дом отец вдруг начал предъявлять высокие требования к дочери. Критериями эмоционального принятия являлись, прежде всего, доказательства успеха в областях *усердие/деятельность, аккуратность, вежливость и верность*. Хотя эти неожиданные требования воспринимались пациенткой как большая несправедливость, она идентифицировалась с нормами социализации обычно строгого отца. Неверность мужа является для нее глубочайшим оскорблением, на которое она среагировала желанием скорейшего развода. В то же время возникли проблемы с шефом, на которого она переносила свое амбивалентное отношение к отцу. Его высокие требования были восприняты пациенткой как большая несправедливость, что способствовало актуализации базового конфликта. Возникавшие при этом агрессивные импульсы она могла переработать, только направляя их против собственного Я-тело.

При моей интерпретации, что она развила в себе способность кому-либо, кто несправедлив по отношению к ней, что-нибудь «накашлять», пациентка усмехнулась: «Вполне можно сказать и так, но если бы я знала последствия!»

Лечение проходило в рамках пятиступенчатой терапии в течение 8 мес (28 сеансов) при частичном вовлечении партнера. В центре внимания находились актуальные способности *справедливость* (см. ч. II, гл. 1), *верность* (см. ч. II, гл. 35) и *вера* (см. ч. II, гл. 36). Метафора «Золотой шар» была задействована в психотерапии, чтобы облегчить пациентке процесс отделения от прошлого. Так она смогла увидеть опыт своего прошлого в новом свете.

Приложение: опросник к нарушениям глотания и кашлю

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии/будущее

- 1) Бывает ли, что у Вас «комочек стоит в горле» или Вы хотите кого-то «откашлять»? Что говорят Вам эти крылатые выражения?
- 2) Испытываете ли Вы отвращение к некоторым блюдам?
- 3) Применяете ли Вы интервальный тренинг, аутогенную тренировку и другие релаксационные методы?

- 4) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, чего Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 5) «Проглатываете» ли Вы конфликты, чтобы избежать сложностей? Каких?
- 6) Подходит ли выражение «застрять в горле» к тем ситуациям, когда Вам приходится обсуждать с подчиненными, коллегами, сотрудниками неприятные вещи?
- 7) Должны ли Вы иногда делать что-нибудь, что Вам не нравится, но Вы вынуждены «не открывать рта»?
- 8) Можете ли Вы открыть себе «доступ к воздуху», открыто высказывая свое мнение?
- 9) Хотели бы Вы, чтобы коллеги, сотрудники, подчиненные «нуждались в Вас, как в воздухе»?
- 10) Можете ли Вы открыто выражать свои чувства, или у Вас «кусочек застрял в горле» (учтивость)?
- 11) Вы скорее «проглотите горькую пилюлю», чем открыто поговорите со своим партнером (семьей, родителями, детьми) (прямота)?
- 12) Бываете ли Вы «сыты по горло» или «переполнены через край», когда общаетесь с определенными людьми (какими?) или думаете о них?
- 13) Бывает ли у Вас ощущение, что Вы «бедняга» (в немецком — «ein armer Schlucker»)?
- 14) Есть ли у Вас потребность в «свежем воздухе», в свободе и возможности развития способностей? Игнорируете ли Вы свои потребности? Для чьего блага?
- 15) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 16) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

32. Нарушения слуха и зрения

Способность не иметь необходимости воспринимать все подряд;

легче чего-то не слышать и не видеть, чем услышанное и увиденное переработать

Определение

При *конъюнктивите* воспаляется подобная слизистой оболочка, покрывающая переднюю поверхность глазного яблока, а также внутренняя поверхность век. *Глаукома* характеризуется повышением внутриглазного давления сверх нормы. При *катаракте* развивается помутнение хрусталика, который находится за радужкой и зрачком. *Тугоухость* является симптомом, который связан либо с заболеванием среднего уха, которое проводит колебания с барабанной перепонки, либо с заболеванием звукочувствительных механизмов уха (внутреннее ухо, слуховой нерв и центральная нервная система). При *снижении слуха* пострадавший без всяких предшествующих нарушений шокоподобно теряет способность слышать. *Шумы* в ухе: шумы типа шороха, стрекотания, рычания, свиста или даже звучания мелодии являются сопутствующими при заболеваниях уха либо самостоятельными заболеваниями.

Симптоматика

Конъюнктивит: проявляется покраснением, зудом и жжением в глазу, сопровождающимися слезотечением, в инфекционной форме - с гнойным отделяемым. В острой форме *глаукомы* давление в течение короткого времени повышается почти пятикратно; возникают сильные боли в глазу, глаз краснеет, появляется нарушение зрения в виде тумана. *Катаракта*: вследствие помутнения хрусталика затрудняется прохождение пучка света в глазу, в связи с этим снижается способность видеть. К *тугоухости вследствие заболеваний среднего уха* приводят воспаления оболочек мозга, сифилис, отравления, травмы. Некоторые авторы указывают на то, что длительный шум может вызывать повреждение и гибель клеток внутреннего уха.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Глаукома – это наиболее частая причина слепоты в Европе. Примерно 1% всех людей в возрасте старше 40 лет страдают глаукомой. Различными формами *косо-*

глазия в Германии страдают около 3—5% всех детей. Примерно 12 000 жителей Германии слепнут ежегодно вследствие несчастного случая или болезни, 85% из них в возрасте старше 45 лет. От *снижения слуха* ежегодно страдают около 12 000 людей, обычно мужчины в возрасте 45 — 55 лет. В одной крупной лечебнице Вены было установлено, что у 60-летних (мужчин и женщин) в 7,5% случаев имеются хронические *заболевания уха*.

Обзор литературы

Психогенные нарушения слуха и зрения описывались с психоаналитической точки зрения. Глаз, по мнению *Schultz-Zehden* (1981), имеет не только функцию восприятия, но и вытеснения. Не заметить того, чего не хочется видеть, дает возможность избирательности в зрительном восприятии и защищает от непреодолимого информационного хаоса. Внезапная потеря слуха — так называемое *снижение слуха* — обычно обуславливается психической травмой. *Kropp* и *von Rad* (1988) сформулировали патогенетическую гипотезу: на основе предшествующего поражения сосудов внутреннего уха психические перенапряжения посредством острых изменений артериального давления и/или реологических параметров могут привести к гипоксии внутреннего уха и вместе с тем к глухоте.

Пословицы и народная мудрость

В глазах потемнело; голова идет кругом; тоска в глазах; ослепить кого-то; у него глаза загорелись; иметь слепое пятно; с глаз долой — из сердца вон; упасть кому-то на уши (надоедать, докучать разговорами); не могу больше слышать об этом; по уши увяз в работе; в одно ухо влетает, в другое вылетает; пропустить что-то мимо ушей; оставаться глухим к чему-то.

Притча: «Спасительная темнота»

См. ч. II, гл. 3.

Аспекты самопомощи: развитие нарушений зрения и слуха с точки зрения позитивной психотерапии

Утрируя, можно сказать, что в конечном счете только мозг решает, что будет увидено и как это будет увидено. Из психиатрии нам известен, прежде всего, феномен галлюцинаций. Воспринимается нечто при отсутствии реального внешнего возбудителя органов чувств. Гнев может вызвать у нас на глазах слезы, печаль, горе заставляют плакать — это всем известно, но немногие знают, что внутриглазное давление также находится под влиянием психических факторов, что может

привести к закупорке сосудов оттока внутриглазной жидкости, как это бывает и при глаукоме.

Звуки с частотой колебаний, слышимой человеком, могут сознательно или бессознательно выключаться мозгом так, что перестают быть воспринимаемыми. Если это достигается усилием воли, то мы называем это высокой степенью концентрации внимания. Часто это происходит и непроизвольно.

С психосоматической точки зрения участвовавшие микротравмы, которые не принимаются всерьез, могут способствовать восприятию всего «в черном свете», «серым по серому» или глухим. Люди, которые не могут хорошо видеть, часто развивают «цветущие» фантазии вплоть до зрительных галлюцинаций, в то время как люди с расстройствами слуха, вследствие ограничения контактов, чаще склонны к развитию сверхценных идей отношения с параноидными мотивами («кто знает, что там опять про меня говорят!»)

При конфликтах, выросшие с такими концепциями, люди реагируют преимущественно сенсibilизированной сферой тело/ощущения («Он теряет слух и зрение»). Существует тенденция отвечать на конфликты и душевные травмы или вытеснять их при помощи специфического участия в этих органах чувств. «С глаз долой, из сердца вон». Говоря словами *Groddeck* (1961), «Удобнее ничего не видеть, чем перерабатывать увиденное». Другие сферы и способности являются при этом дефицитарными. Вера и доверие базируются у этих людей на собственном восприятии: «Я поверю только тогда, когда увижу/услышу собственными глазами/ушами», — так часто говорится у них дома.

У людей, реагирующих преимущественно в сфере зрения, часто уже в раннем детстве очень ценилось внешнее, видимое: «Раскрой глаза/уши», «Сначала посмотри внимательно», «Сначала послушай». Эмоциональные отношения родителей с детьми часто характеризовались известной физической и эмоциональной тенденцией. У людей с нарушениями слуха очень ценилось послушание. «Послушание» происходит от «слушать». «Кто не хочет слушать, должен чувствовать», — говорилось дома. В общении с другими людьми оптические и акустические ощущения играли большую роль. Концепции типа «Видеть — и быть увиденным» и «Ты уже слышал, что...» стояли на переднем плане.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нарушениях слуха и зрения

Описание случая: «Та ситуация до сих пор звучит в моих ушах»

Пациентка 52 лет обратилась ко мне за консультацией по совету лечащего ее отоларинголога. До этого она уже успела побывать у психиатра по направлению

своего семейного врача, психиатр лечил ее трижды по поводу «параноидных эпизодов». В первом интервью она сказала:

Около двух лет я слышу в правом ухе высокий громкий свистящий звук или несколько свистящих звуков. Эти звуки распространяются иногда и на другие отделы головы, иногда весь мой затылок звенит так, что мне кажется, будто в следующий момент он разорвется! Тогда у меня появляется страх, и я становлюсь все беспокойнее. По ночам я часто не могу спать, когда у меня в ухе свистит, а голова раскалывается...

Терапевт: «Вы только что сказали, что Ваше расстройство началось около двух лет назад. Могли бы Вы поточнее описать, когда появился свист в ухе, где это произошло и при каких обстоятельствах?»

Пациентка: «Это было в воскресенье, вечером 14 февраля 1986 г., после того как мне позвонил один мужчина и сказал, что у моего мужа есть связь с другой женщиной. Это было для меня шоком, я очень разволновалась... Когда я после спрашивала об этом своего мужа, он всегда отвечал, что все уже в прошлом. Но так как у него было уже несколько таких знакомств на стороне, я чувствую себя очень неуверенно...»

Терапевт: «Говорили ли Вы еще с кем-нибудь об этой ситуации?»

Пациентка: «Нет. Мы очень известны в своем городе и не можем допустить, чтобы об этом еще кто-нибудь узнал. Но с моим мужем я тоже не могу об этом говорить, потому что мы очень заняты на работе, и он от меня просто отмахивается».

Терапевт: «У меня такое впечатление, что Вы стараетесь решить проблему самостоятельно, держите ее буквально в себе. С этого времени она в прямом смысле звучит у Вас в ухе».

Пациентка: «Когда я об этом думаю, то слышу голос того мужчины по телефону...»

В этот момент я рассказал пациентке притчу «Спасительная темнота». Она спонтанно среагировала: «Также ведет себя мой муж. Он прячет голову в песок, как тот человек ел финики в темноте. Он просто не хочет замечать, что означает его поведение для меня. Мне не остается ничего другого, как решать эту проблему самой. Можете ли Вы себе представить, что постоянно творится в моей голове?»

Терапевт: «Наверняка в последние годы с Вами произошло еще много всего, отчего Вам легче чего-то не слышать, чем перерабатывать услышанное».

Эти слова были для больной стимулом описать еще ряд конфликтов на работе и в семье, прежде всего, с ее матерью и детьми. Актуальная конфликтная ситуация еще более драматизировалась тем, что они работали вместе с мужем на семейной фирме, благодаря чему вовлекалась сама по себе бесконфликтная сфера деятельности. Пациентка находилась в состоянии эмоционального перенапряжения.

Базовым конфликтом была аналогичная ситуация в детстве: неверность отца. Мать проклинала поведение отца, потому что для нее верность была первейшей основой семейной жизни. Пациентка приняла тогда сторону матери, была солидарна с ней, хотя у нее и было много упреков к матери (та так много была занята на работе, что пациентка почти не ощущала на себе ее заботы), она пыталась таким образом получить недостающее ей внимание и любовь матери. Вследствие этой идентификации с концепциями матери пациентка перенесла те проблемы из своего детства на своих детей и мужа. Когда она узнала, что ее муж имеет внебрачные связи, она переживала это как нарциссическую обиду, которая вновь актуализировала старую проблему внимания и любви. Пациентка не могла вынести эмоционального напряжения, она среагировала психосоматически.

Нам удалось вместе проработать малоконфликтные аспекты ее отношений с мужем. Возникавшие иногда депрессивные переживания сделали терапевтическую работу необходимой. Пациентка рассказала о своем отношении к болезни. Она была готова и способна принять на себя роль пациентки в психотерапевтическом процессе. В связи с сильными страданиями она проявляла все больше интереса к психологическим взаимосвязям в своей ситуации. На этой ступени в психотерапию был вовлечен ее муж. Он был готов принять роль пациента. Нарциссическая обида пациентки, которая вновь актуализировала проблематику внимания и любви из детства, затрагивала актуальные способности *усердие / деятельность* (см. ч. II, гл. 9), *время* (см. ч. II, гл. 33), *контакты* (см. ч. II, гл. 15), *терпение* (см. ч. II, гл. 18) и *верность* (см. ч. II, гл. 35). Исходя из отчетливости проблематики, была проведена конфликтцентрированная психотерапия. Целью ее было проработать проблематику верности с учетом того факта, что она возникла на фоне проблем общения. Оба партнера были способны, помимо профессиональных отношений, активнее включать сферы тела, общения и фантазии/будущего в их жизненный репертуар. Лечение проходило за 30 сеансов в течение одного года. По окончании терапии оба избавились от беспокоивших их симптомов.

Приложение: опросник к нарушениям слуха и зрения

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Видите ли Вы в личном или профессиональном плане все «в черном цвете»? Вы «приобретаете взгляд на что-то» благодаря опыту? Вы «слепы и глухи» к чему-нибудь? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь по-

словицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за по-
словицы?

- 2) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, чего Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 3) Применяете ли Вы интервальный тренинг, аутогенную тренировку и другие релаксационные методы?
- 4) Боитесь ли Вы перестать соответствовать профессиональным требованиям? Ощущаете ли Вы себя издерганным?
- 5) Приходится ли Вам «прожужжать все уши» коллегам, сотрудникам, шефу, чтобы «быть услышанным»?
- 6) Ваш слух особенно тонок, когда речь идет о чужих ошибках?
- 7) Как Вы относитесь к концепциям типа: «Раскрой глаза и уши!», «Сначала взгляни на все сам!», «Кто не хочет слушать, должен чувствовать!»?
- 8) Бывают ли в Вашей повседневной жизни события, которые «бросаются в глаза» Вам или Вашему партнеру (супругу, родителям, детям, друзьям, знакомым)? Какие актуальные способности они затрагивают?
- 9) Верите ли Вы только в то, что «увидели собственными глазами»?
- 10) Какие события последних 5 лет произошли с Вами, что «слух и зрение покинули Вас»? Назовите минимум 10 событий. Пропускаете ли Вы мимо глаз и ушей то, чего не хотите (больше) видеть/слышать?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

33. Сексуальные расстройства

Способность сказать «нет» своим телом (фригидность); способность самоустраниться из конфликтной сферы сексуальности (нарушение эрекции) или быстро достигать своей цели (преждевременная эякуляция)

Определение

Фригидностью называют отсутствие сексуальной реактивности у женщины. При этом могут страдать различные фазы сексуального реактивного цикла: отсутствует потребность в сексуальной активности, нарушение физиологических реакций, как, например, продукция вагинального секрета, отсутствие сексуальной чувствительности.

Под *Impotentia erigendi* или *Impotentia coeundi* понимают неспособность мужчины к половому акту.

Ejaculatio praesox или *преждевременное семяизвержение* — при этом речь идет о расстройстве у здорового с органической точки зрения мужчины. После наступления эрекции эякуляция происходит очень быстро.

Симптоматика

Различают первичную *фригидность*, при которой либидо, сексуальная возбудимость и сексуальная чувствительность, отсутствуют уже с детства, и вторичную *фригидность*, при которой сексуальная реактивность сначала была нормальной, а затем снизилась по каким-то причинам. Пассивная способность к половым сношениям и оплодотворению, несмотря на *фригидность*, не утрачена.

Импотенция может возникать в различные фазы сексуального цикла, например, когда не возникает желания к сексуальной активности (либидо), когда нет эрекции или она быстро спадает, так что введение полового члена во влагалище нельзя осуществить. Импотенция лишь очень редко бывает обусловлена органическими или гормональными причинами.

Транскультурный аспект и эпидемиология

- Считается, что 80 — 95% сексуальных функциональных расстройств обусловлено психикой. Фригидность является наиболее частым нарушением у женщины, вагинизм — значительно более редкое расстройство.

- Исходя из результатов исследования *Kinsey* (1965) и *Schnabl* (1980) среди женщин моложе 40 лет, живущих регулярной половой жизнью, 5—10% никогда не испытывают оргазма при коитусе, а около 50 % достигают его почти всегда.
- Согласно теории *Schnabl* (1980), случайные нарушения эрекции возникают примерно у 30%, а по данным *Kaplan* и *Longer* (1979) — даже у 50% мужчин.

Обзор литературы

Качество сексуальных переживаний, по мнению *Benedeck* (1964), особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона.

В основе отсутствия сексуальной реактивности женщины с психоаналитической точки зрения лежат глубинные невротические расстройства из прегенитальной фазы развития.

С точки зрения коммуникативной теории фригидность является выражением и следствием нарушенных межличностных отношений.

В свете психоаналитического подхода импотенцию следует понимать как защитный механизм Я против связанных с сексуальностью страхов. Эдипова ситуация с привязанностью к матери и соперническими чувствами по отношению к отцу решалась неадекватно. Это привело к фиксации данного конфликта с формированием страхов вплоть до зрелого возраста. *Sigusch* (1975) указывает на то, что возникшее в качестве защиты от страха функциональное нарушение обладает Я-стабилизирующей функцией. С теоретической точки зрения сексуальное поведение нарушается только тогда, когда оно сопряжено со страхом. По данным *Thomas* (1989), десятилетия назад церковь считала «грешной» и сексуальность. Он видит «исключительно тесные связи между психологическими барьерами в сексуальной области и их телесным выражением, например, эректильными дисфункциями».

Если попытаться выяснить, какие факторы содержательно моделируют сексуальное поведение, то придется коснуться спектра актуальных и базовых способностей. Согласно моим исследованиям, при первичных сексуальных нарушениях центральную роль играют базовые способности (способность к любви, четыре модели для подражания), а при вторичных сексуальных расстройствах — вторичные способности (например, *аккуратность, опрятность, пунктуальность, верность и т.д.*).

Пословицы и народная мудрость

Держаться подальше от кого-то; не подпускать к себе; быть замкнутым (сдержанным); не доверяться; не открываться; «не прикасайся ко мне!»; объявить заба-

стовку; оставаться холодным; шляпа (презрительно о человеке); промахнуться мимо цели; слабак (не человек, а полчеловека; хилый); «Если у тебя есть жена, то марка стоит всего лишь 50 пфеннигов».

Две подруги встретились после давней разлуки. Одна замужем, другая — нет. «Скажи, Хельга, ты все еще не выбрала себе подходящего? Все же нехорошо оставаться постоянно одной». «Это вовсе не так уж плохо, — возражает та, — пока я жду подходящего, я развлекаюсь с другими!»

История: «Женщина как терапевт»

Одна умная женщина, муж которой никак не мог уделить ей времени и всегда оставался слеп к ее красоте, решила помочь себе сама. Однажды вечером она подвинулась поближе к мужу, зарывшемуся в свои книги. «Разве мои волосы не похожи на золото?» — начала она. Не отрываясь от книг, ее муж кивнул: «Да, ты права». Жена продолжила: «Разве мои зубы не похожи на жемчуг?» «О, да», — был ответ. «Разве мои руки не так нежны, как утренняя прохлада?» «Еще бы, еще бы». «Разве мои ноги не так изящны, как резьба по слоновой кости?» «Конечно, конечно». «Разве мое тело не так бело, как мрамор?» «О, да. Ты говоришь правду», — ответил муж, который уже не мог сконцентрироваться на работе и все чаще поглядывал на жену. А та все продолжала: «Разве я не так стройна, как кедр?» «Да, действительно, так и есть». Жена слегка повернулась и спросила: «Разве моя фигура не похожа на китайскую вазу?» «О, да». «Разве моя грудь не так упруга, кругла и свежа, как чудесные персики?» «Так и есть», — ответил муж. Тогда жена бросилась ему на шею. «Какой ты чудесный муж! Какие замечательные слова ты говоришь!»

Аспекты самопомощи: развитие сексуальных расстройств с точки зрения позитивной психотерапии

Из промежуточного мозга, центра возбуждения ЦНС, физические и психические сигналы поступают через спинной мозг к гениталиям, и наоборот, этим же центром воспринимаются и перерабатываются генитальные импульсы. Таким образом, удовлетворяющий и доставляющий удовольствие половой акт возможен только тогда, когда никакие негативные эмоциональные состояния не мешают этому процессу передачи возбуждения.

У людей с сексуальными проблемами, как правило, сферы тело/ощущения и контакты являются конфликтными. Расстройства в телесной сфере часто начинаются с табу в сексуальном воспитании по отношению к физическим, взаимосвязанным с сексуальностью процессам, и связанные с этим ощущения и установки вызывают глубокое недоверие.

Сфера профессия/достижения обычно бывает позитивно заполнена. Ее развитие форсируется уже в детском возрасте. Трудолюбие и хорошая успеваемость в школе поощряются любовью и признанием. Все, что лежит за пределами этой сферы, оценивается как пустое времяпрепровождение под девизом: «Лучше используй свою голову; делай что-нибудь разумное!»

Сфера контактов конфликтна. Недостаточно развита способность высказывать свое мнение, открыто и конструктивно говорить с партнером как о негативном, так и позитивном.

Страх отказа, страх разлуки и чувство вины, которые прежде всего обусловлены воспитанием, блокируют женщину. Дискриминирующие диагнозы «фригидность», «половая холодность», «бесчувственность» еще более усиливают эти страхи. Сексуальное расстройство воспринимается как органическая неполноценность, что опять же может вести к усугублению симптоматики.

У людей с функциональной сексуальной симптоматикой отношения между родителями часто были холодными или нейтральными. По крайней мере от детей проявления нежности скрывались. Эмоциональные проявления отвергались как «никчемные сантименты». К другим людям родители, как правило, тоже относились достаточно сдержанно. Контакты ограничивались семейной и общественной необходимостью; очень высоко ценилась учтивость, однако тоже с учетом дистанции («три шага от тела»). В фантазиях родителей, по всей вероятности, проявлялись недостающие или подавленные эмоциональные отношения в форме недоверия, агрессии и прежде всего страха. Позитивная установка к партнеру и позитивные переживания всего организма стали в связи с такими родительскими концепциями трудно достижимыми. Часто существуют тесные связи между сексуальными переживаниями и религиозным воспитанием и установками. Односторонне понимаемая религиозность может приводить к неврозам, которые в свою очередь обуславливают возникновение сексуальных функциональных расстройств.

Вторичные и первичные способности обладают функцией оружия, защиты или предлога. Вследствие влияния очень сложных многочисленных факторов на сексуальное развитие женщины возможность возникновения у нее расстройств больше, чем у мужчины. Сексуальное поведение также зависит не только от биологических предпосылок, гормонального фона или генитальной стимуляции. В большей степени оно зависит, и это более присуще женщине, от психологических и социокультурных факторов.

Особенно, когда нарушена вербальная коммуникация между партнерами, когда понимание на «словесной почве» кажется невозможным, тогда эта «неспособность присоединиться» проявляется в телесной сфере. Женщина, которая не чувствует, что ее принимают, не станет «отдаваться». Женщина, которая не ощущает себя понимаемой и любимой, в буквальном смысле слова «закрывается изнутри». Она «не открывает себя», она «замкнута». При помощи симптоматики она невербально сообщает об этом. Посредством судорог влагалища она может бук-

важно «задеть за живое» мужчину, она может, причиняя боль, удерживать половой член или выталкивать его из себя. Поведение так называемых фригидных женщин обычно не характеризуется активной защитой, это скорее уход в себя, попытка спрятаться от конфликтов. Таким образом, обычно после длительных неразрешенных партнерских и сексуальных проблем она устанавливает коммуникацию на телесной основе.

Практические дополнения к аспекту самопомощи в конце главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при сексуальных функциональных нарушениях

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Кто фригидный?»

Пациентка 32 лет была направлена на психотерапию своим врачом-гинекологом. Основание — «фригидность». После ориентирующей беседы с лечащим врачом я пригласил женщину и ее супруга для первого интервью. На вопрос о том, что ее беспокоит, вместо нее ответил муж: «У моей жены сложности сексуального характера. Она отвергает меня в половом отношении. Она фригидна». Это он сказал так убежденно, что поверг меня в изумление. Он использовал слово «фригидность» как не вызывающий сомнений диагноз.

Терапевт: «Откуда Вы это знаете?»

Господин Ф.: «От моего домашнего врача».

Терапевт: «Только от Вашего врача?»

Господин Ф. (замечто смущенный): «У меня иногда было такое ощущение, что жена отвергает меня в половом отношении. Однако то, что это фригидность, я знаю с тех пор, как жена побывала у гинеколога, и наш семейный врач ознакомил нас с его заключением».

Он согласился с диагнозом, который недавно был поставлен специалистом. При этом следует заметить, что этот диагноз описывает качество *vita sexualis* и затрагивает «партию» мужчины, который воспринимает свою жену уклоняющейся или холодной, и это ощущение сопровождается глубокой нарциссической обидой. Пациентка была поражена таким агрессивно заявленным обвинением. В противоположность своему мужу она начала рассказывать о своих проблемах с того, что чувствует себя депрессивно, подавленно и у нее такое ощущение, что нарушено ее отношение к мужу. По поводу *Fluor vaginalis* она обратилась к гинекологу и

рассказала ему, что в последнее время не испытывает ничего, кроме сопротивления и отвращения.

Пациентка, как мне показалось, всю «вину» за возникновение нарушения в их партнерских взаимоотношениях взяла на себя. Ее муж прилагал все усилия, но только она, несмотря на все старания, не могла успешно взаимодействовать. Особые усилия, направленные на получение удовольствия от сексуальной жизни, возымели как раз противоположное действие, привели к тягостным переживаниям из — за неудач. Фригидность реализовалась в этом смысле как органная неполноценность и при попытке избавиться от нее привела в терапевтический тупик.

Возможно другое толкование фригидности. Если исходить из того, что фригидность в этом случае означает реактивную сексуальную защиту и является попыткой избежать сексуальной и партнерской конфронтации, то это уже больше, чем просто половая холодность, фригидность тогда означает *способность сказать «нет» своим телом*.

Когда я предложил супругам эту контрконцепцию, оба удивленно замолчали. Я уже подумал, что им не удастся начать работать с моим предложением, когда жена стала обсуждать проблему с этой точки зрения: она долгое время избегала говорить своему мужу «нет». У него же никогда не было для нее времени, он был «женат на своей профессии», приходил домой, когда ему вздумается, и все это продолжалось уже 8 лет. У нее было ощущение, что ее чувства «таяли», и при мысли, что она должна отвечать на сексуальные желания своего мужа, в ней все содрогалось. Последний половой акт, принесший ей удовольствие, был 7 или 8 лет назад.

Ступень 2: инвентаризация

Позитивная интерпретация фригидности позволила перевести проблему в другую плоскость и увидеть другие ее аспекты:

- профессиональная активность мужа (*трудолюбие/достижение*),
- его нехватка времени,
- его необязательность и непунктуальность,
- концепция справедливости жены, которая не хотела все это терпеть дальше и
- трудности пациентки в том, чтобы открыто выразить свое недовольство и противостоять мужу (*учтивость/прямота*). Фригидность, таким образом, является не только дефектом жены, но и отражает нарушенные эмоциональные отношения партнеров. В результате того, что мы не стали снова повторять традиционную концепцию этой болезни, мы приобрели новые возможности терапевтического подхода к этой семейной проблеме.

Ступень 3: ситуативная поддержка

Сначала было необходимо осознать малоконфликтные сферы этих партнерских отношений. Пациентка, как я смог понять из ее высказываний, не отвергала

своего мужа абсолютно: в этом случае ей было бы проще расстаться с ним и найти другого. Она возражала против своего партнера, потому что он не уделял ей достаточно времени и внимания. Когда я сказал пациентке о том, что она, исходя из ее состояния, хотела бы быть со своим мужем и охотно общалась бы с другими людьми, она тотчас же приняла эту интерпретацию: ей больше не следует искать повода, почему она должна ненавидеть своего мужа, ее амбивалентность по отношению к нему сделала невозможным решение проблемы. Оба партнера были теперь свободны конкретно поделить друг с другом, что они ценят друг в друге. Это было испытано в ролевой игре, во время которой пациентка находилась в релаксации.

Ступень 4: вербализация

Благодаря рассказанной истории «Женщина как терапевт» проблемы партнеров предстали в ином свете. В проблематике пациентки важную роль играли *пунктуальность* (см. ч. II, гл. 6) и нехватка *времени* ее мужа, а также актуальная способность *сексуальность*. С обоими мы проработали конфликтные сферы *время* и *сексуальность*.

Актуальная способность «Время»

Определение и развитие: способность организовывать времяпрепровождение, устанавливать отношения с прошлым, настоящим и будущим. Это может происходить пассивно, когда распределение времени и времяпрепровождение перенимаются (заимствуются) и активно при распределении времени по собственной концепции. Уже с раннего детства ребенок учится самостоятельно распределять свое время или пассивно подчинять его происходящему.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас уделяет больше времени себе и партнеру? Как Вы себя чувствуете, если Ваш партнер уделяет Вам мало времени (ситуации)? Укладываетесь ли Вы во времени или испытываете скуку и лень? Достаточно ли у Вас времени для себя и можете ли Вы распоряжаться этим временем? Что бы Вы стали делать, если бы у Вас появилась неделя свободного времени? У Вас (Вашего партнера) нормированное рабочее время? Какие у Вас планы на будущее? Часто ли Вы думаете о том, что Вы в прошлом сделали правильно или неправильно? Кто из Ваших родителей уделял Вам больше времени?

Синонимы и расстройства: скука, длительный, вечный, преходящий, утопический, спешка, досуг, старые добрые времена, проводить время, время - деньги, придет время будет и совет, время торопит. Перегрузки, недостаточная нагрузка, пренебрежение, тревога, бесплодные мечтания, чуждость, явления стресса,

фиксация на прошлом, одностороннее видение реальности, утопия, желудочные расстройства, сердечные расстройства, сексуальные нарушения.

Особенности поведения: сначала подумать, что и когда хочешь делать; поговорить об этом с партнером, с семьей. При помощи планирования Вы можете свести нарушения до минимума. Мы должны уметь преодолевать неожиданности, которые тем не менее возникают. Следует определить, что можно, а что нельзя отложить; поочередно решить эти вопросы. Чему уделить время: себе, партнеру, семье, социальным контактам, профессии, мировоззренческим вопросам/религии.

Актуальная способность «Сексуальность»

Определение и развитие: способность устанавливать половые отношения с собой, с партнером (ты). Мы различаем понятия «секс», «сексуальность», «любовь». Секс это свойство и функция организма. Сексуальность — это способности и свойства, которые становятся критериями притяжения или отвержения. Любовь направлена на носителя этих качеств. Любят не то, что у него есть, любят его самого. На развитие сексуальности оказывает непосредственное влияние пример родителей, как они относятся к потребности ребенка в ласке и в какой степени сексуальность зависит от других актуальных способностей, как *опрятность, вежливость, искренность, верность и пунктуальность*.

Как об этом спрашивают: Кто из Вас отличается большей сексуальной активностью? Есть ли у Вас проблемы в сфере сексуальности? Нравится ли Вам Ваш партнер в физическом отношении? Какие качества партнера Вам нравятся, а какие нет? Была ли у Вас уже сексуальная близость с другим партнером; сожалеете ли Вы о том, что это в прошлом? Когда Вы впервые вступили в сексуальные отношения? Когда Вы начали заниматься самоудовлетворением? Что Вы об этом думаете? Какие формы сексуальности Вы предпочитаете? Кто Вас просветил? Как Ваши родители относились к сексуальности?

Синонимы и расстройства: влюбленный, излюбленный, влюбленный до безумия, нежный, преданный кому-либо, эротический, страстный, пленительный, возбуждающий, привлекать, соблазнять, притягивающая сила, симпатия, преданность, удовольствие, страсть. Секс как цель жизни, гиперсексуальность, самоудовлетворение как болезненное влечение, сексуальная распушенность, перверсии, садизм, мазохизм, сексуальная фобия, разочарование, проблемы самооценности, супружеские проблемы, сексуальная защита.

Особенности поведения: научись различать секс, сексуальность и любовь. Что выяснять? Сексуальные функции, межличностные отношения, причины и след-

ствия партнерских отношений. Выяснять последовательно. Говорить также о сексуальных проблемах и желаниях.

Ступень 5: расширение системы целей

Здесь речь шла прежде всего о новом построении сферы контактов (находить друг для друга время, совместные предприятия, приглашать и посещать друзей).

В рамках пятиступенчатой семейной терапии на протяжении 15 встреч, на что ушло 10 мес, было достигнуто существенное улучшение в состоянии здоровья жены, а также заметное изменение коммуникативной структуры семьи. Предпосылкой этого была тактика «изменения точки зрения» пациентов с целью иного взгляда на возникшую проблематику. Большую помощь при этом оказала техника обмена ролями. Жесткое распределение ролей позволило пациентам взглянуть на динамику структуры семьи, ее содержание и влияние на отношения между партнерами. Один член семьи на некоторое время (1 — 2 дня) взял на себя те обязанности, которые обычно выполнял другой. Так, отец занялся домашним хозяйством, мать решала задачу планирования, дети в свою очередь выполняли задачи и функции, постоянно возлагавшиеся на родителей.

Приложение: опросник к сексуальным нарушениям

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии/ будущее

- 1) Бывает ли у Вас ощущение, что Вы «не достигаете цели», «промахиваетесь мимо цели», что Вы «хилый», что Вы «замкнутый»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Каким образом Вас «просветили»? Как Вы это восприняли?
- 3) Ваша способность к сексуальному возбуждению и сексуальная чувствительность отсутствовали или были слабыми с детства, или Ваша сексуальная восприимчивость была впервые утрачена позднее? Когда это произошло? В связи с чем?
- 4) Есть ли для Вас разница между сексом, сексуальностью и любовью?
- 5) Рассматриваете ли Вы Ваши отношения с партнером преимущественно с точки зрения телесных функций и особенностей (фигура, рост, цвет кожи, запах, величина груди, члена, частота оргазма и т.д.)? Как Вы относи-

тесь к изменениям физических функций и особенностей Вашего партнера (например, в связи со старением)?

- 6) «Заменим» ли для Вас Ваш партнер, «заменяемы» ли Вы для него?
- 7) Можете ли Вы быть со своим партнером нежны и без половой близости?
- 8) Применяете ли Вы интервальный тренинг, аутогенную тренировку и другие релаксационные методы?
- 9) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, чего Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 10) Какое влияние оказывает Ваша профессия/работа на Ваши сексуальные проблемы?
- 11) Избегаете ли Вы по возможности профессиональных конфликтов? Какие актуальные способности являются поводом или причиной этих конфликтов? Знакомы ли Вы с дифференциально-аналитическим опросником (ДАО)?
- 12) Считаете ли Вы сексуальное возбуждение и удовольствие «достижением», которого Вы должны добиться, исходя из своей самооценки или самооценки Вашего партнера (например, определенное число оргазмов)?
- 13) Уделяет ли Ваш партнер достаточное внимание Вашим желаниям (предварительные ласки, нежность, позиции, введение полового члена и т.д.)?
- 14) Может ли Ваш партнер откровенно сказать Вам о своих проблемах и желаниях? Аргументирует ли он, кричит, задает вопросы, выслушивает, замыкается в себе? Чувствуете ли Вы, что он Вас принимает?
- 15) Есть ли у вас способность сказать «нет», если Вы чего-то не хотите?
- 16) Игрывают ли качества (актуальные способности) Вашего партнера большую роль в ваших отношениях?
- 17) Как Вы оцениваете следующие высказывания: Религия (мировоззрение), которой я придерживаюсь, очень высоко ценит верность в сексуальных отношениях. Я принимаю уникальность моего партнера, которая проявляется в его качествах и способностях. Я боюсь потерять себя, потерять контроль над собой. Мои сексуальные проблемы вызывают во мне ощущение неполноценности.
- 18) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 19) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

34. Феномен стресса в позитивной психотерапии

Капля камень точит!
(поговорка)

Притча: «Смысл горькой дыни»

У одного вельможи был очень преданный слуга. Однажды господин дал слуге дыню, которая после надреза выглядела очень спелой и аппетитной. Слуга съел кусок, затем еще и еще, и так до тех пор, пока с большим аппетитом не была съедена почти вся дыня, ведь и день к тому же был очень жарким. Вельможа удивился тому, что слуга съел почти всю дыню и не предложил ему ни кусочка. Тогда он взял оставшийся кусок дыни, попробовал ее и нашел, что дыня чрезвычайно горькая и несъедобная. «Она же совсем горькая! Разве ты не находишь?», — спросил вельможа слугу. «Да, мой господин, — отвечал слуга, — она была горькой и невкусной, но я обрел в твоих руках такую сладкую жизнь, что горькая дыня не показалась мне достойной упоминания!»

Способность учитывать последствия поступка, даже если ценой этому является отказ от спонтанности, очень часто оказывается весьма полезной. Какие последствия наряду с ощущениями сейчас может иметь для меня употребление алкоголя? Какие последствия может иметь мой выбор той или иной политической или религиозной концепции? С какими последствиями я должен считаться, если, помимо моей жены, я имею еще подругу? И на работе я должен постоянно помнить о последствиях поступка и решения, чтобы не попасть потом в ситуацию перманентного напряжения и неприятных сюрпризов.

В психотерапии, помимо жалоб, страхов, депрессии, агрессии и психосоматических расстройств, можно обнаружить и мотивы, которые затрагивают определенные социальные нормы. Так, головные боли, нарушения сна, тревога и агрессивность в результате конфронтации на работе могут являться следствием неправильного воспитания в сочетании с наличием партнерских проблем. Но, сказав, что за этими расстройствами стоят перегрузки, мы еще не сказали, какого они характера. Обычно в них хотят видеть перегрузки на работе. В действительности существует целый спектр поступков и установок, которые могут стать потенциальными конфликтами и в соответствующих ситуациях вылиться в настоящие конфликты. В качестве примера этого здесь приводится одна ситуация, которую пережил я сам:

Описание случая: «Если бы Вы не позвонили!»

Господин Х. звонит мне в консультацию, желая переговорить со мной. В первый раз я не могу подойти к телефону, во второй раз он меня не застал на месте. Наконец, наш разговор состоялся. «Мы познакомились с Вами, когда Вы выступали с докладом в Мюнхене, и я бы хотел пригласить Вас выступить в К.», — начал он. «Благодарю Вас за доверие, которое оказываете мне, приглашая меня выступить с докладом за пределами моей страны. Расскажите мне только, пожалуйста, кратко о месте и времени выступления, какому кругу проблем оно должно быть посвящено и каковы общие условия». Господин Х. кратко посвятил меня в подробности, и я сказал: «Большое спасибо, я сверюсь со своим календарем встреч и подумаю, смогу ли взять на себя эту ответственность». «Но это не займет много времени, доклад должен быть всего на один час!» — пытался убедить меня господин Х. Мы условились об ответном звонке на следующий день в 16.00.

Этот разговор звучит обыденно, но что же он все-таки предполагает? До условленного ответного звонка я должен интенсивно проработать этот вопрос. Так как доклад должен состояться за границей, я должен выделить на поездку в общей сложности около четырех дней. Сначала я должен ответить на следующие вопросы для себя самого:

- 1) Каково мое физическое состояние, могу ли я предпринять эту поездку?
- 2) Не занят ли еще тот день? Достаточно ли у меня времени для подготовки (план, подробный текст и т.д.)? Кто будет замещать меня во время моего отсутствия и выполнять мою работу?
- 3) Кто из моей семьи мог бы поехать со мной, у кого есть время сопровождать меня?
- 4) Зачем я это делаю? Какой это имеет смысл для меня?

Физически я был готов к этой поездке. Нужный день был еще не занят, и моя подготовка успеет завершиться к назначенному сроку. Через это выступление я смогу поделиться с другими людьми результатами моих исследований, и это не принесет мне никаких финансовых убытков.

Моя жена могла бы поехать вместе со мной. У меня к тому же была возможность познакомиться с новыми людьми и установить с ними контакты. Возможно, это событие принесет мне новый опыт, на который я смогу опираться в будущем.

На следующий день господин Х. позвонил еще раз, и я принял его приглашение. Следовало лишь уточнить некоторые детали. Краткое резюме на трех страницах мне следовало подготовить как можно скорее, а за три месяца до выступления я должен был представить подробный текст на 15 машинописных страницах. Мой доклад состоится через три месяца, если за это время возникнут какие-либо вопросы, я свяжусь с господином Х. по телефону или письмом.

а) Время подготовки

Еще до начала собственно подготовительной работы я должен внести в мой календарный план время самого доклада и выделить часы на написание его текста. При дальнейшем планировании своей работы мне придется считаться с этим временем и не назначать другие встречи и выступления. Кроме того, мне следует срочно решить, какой подсобный материал мне потребуется (фотографии, диапозитивы, пленки и т.д.) и выяснить, есть ли на месте моего доклада соответствующие технические возможности, аппаратура.

В имеющееся свободное время я постарался выяснить, какие существуют транспортные возможности, чтобы добраться до места, и как можно выиграть немного времени.

Теперь следовало выбрать между самолетом, поездом и машиной. В каком состоянии моя машина? Каковы дороги и условия для длительных переездов на машине в той стране, куда я направляюсь? Есть ли там неэтилированный бензин? Насколько согласовано движение поездов с расписанием других видов транспорта? Самолетом какой авиакомпания следует лететь? Останется ли машина в аэропорту? Каковы затраты на такси в сравнении со стоимостью парковки автомобиля в аэропорту? Сколько всего времени мне понадобится, если учесть все возможные задержки? Мне необходимо принять решение и зарезервировать билеты. Вместе с тем мне нужно забронировать номер в гостинице там, где состоится мой доклад, и выяснить, встретят ли меня на вокзале / в аэропорту или мне следует самому позаботиться о транспорте.

Каковы цены на гостиничные услуги в той стране? Отель какой категории мне следует выбрать, чтобы были соблюдены минимальные требования к чистоте и имелся ресторан? Где будет находиться этот отель? В отдаленном месте или на одной из улиц с оживленным движением? Каковы возможности для телефонных переговоров с заграницей? Требуется ли отель предоплату? Есть ли номера для некурящих в этом отеле? Правильно ли осуществлен заказ, следует ли после проверить, насколько точно он был принят?

Затем нужно решить вопрос насчет гардероба. Какой климат в этой стране в то время, когда я там буду? Сколько одежды мне следует взять с собой? Смогу ли отдавать одежду в стирку/чистку в отеле? Сколько денег мне нужно взять с собой, какими деньгами можно расплачиваться в той стране, могу ли я поменять деньги уже здесь? Действителен ли мой паспорт? Рекомендуются или безусловно необходимы какие-либо прививки? Есть ли на это еще время? Действительна ли моя медицинская страховка в этой стране? Каково медицинское обеспечение там, куда я еду, на случай моей болезни?

Помимо одежды, личных вещей, типа очков, книг, туалетных принадлежностей, медикаментов, фотоаппарата. Можно ли фотографировать в этой стране? Я должен упаковать и все приложения, материалы для моего доклада, а также про-

спекты для распространения, бумагу для записей, письменные принадлежности. Нужно ли мне взять с собой дружеские сувениры?

Следующее, что мне надлежит сделать, это немного выяснить для себя об этой стране и ее жителях, чтобы я знал, что меня ожидает. Насколько велики различия в климате и времени? На каком языке говорят в этой стране? Достаточно ли мне будет моих знаний иностранных языков, чтобы я сумел объясниться со служащими в отеле или ресторане? Как принято обращаться с обслуживающим персоналом? Как решается в этой стране вопрос чаевых денег? Каковы обычаи в еде? Каковы таможенные правила? Каково общее экономическое, социальное, политическое и религиозное положение в стране? Обеспечивается ли личная безопасность? Можно ли в перерывах между работой или вечером выйти погулять на улицу, или для этого есть какие-либо ограничения? Как еще можно провести там свое свободное время? Каковы там отношения между мужчиной и женщиной? Может ли моя жена присутствовать на моем докладе? Есть ли особые требования к одежде моей жены? Как относятся жители страны к иностранцам? Существуют ли расовые проблемы в этой стране?

Даже когда на все эти вопросы будет дан ответ, подготовку к поездке все еще нельзя считать законченной. Нужно будет уточнить, кто позаботится о доме, о цветах в нем, о почте; я также должен сообщить о моем отъезде своим сотрудникам и членам семьи. Какой будет нагрузка на работе до моего отъезда? Не окажется ли так, что я, смертельно усталый, примчусь на доклад в последнюю секунду? Как я могу сейчас все предусмотреть?

И наконец, я должен своевременно покинуть дом, чтобы не произошло накладок с транспортом по дороге в аэропорт. Затем надо еще решить, возьму ли я свой багаж с собой или должен буду сдать его. Только уже сидя в самолете я могу считать приготовления законченными.

б) На месте

Во время, я надеюсь, нашего благополучного полета я стараюсь настроиться на вторую часть поездки. Что ждет меня по прибытии и как я со всем справлюсь?

Первое впечатление я получаю во время паспортного и таможенного контроля. Как долго это продлится и каково обращение служащих с пассажирами? Мои чемоданы тщательно осмотрены. Только после того как я показываю приглашение на семинар, я могу спокойно забрать свои, вызвавшие недовольство у служащих, бумаги: информацию, книги и рукопись доклада.

Потом я попадаю к таксисту, который курит. Я не выношу запаха табачного дыма во время езды. Как мне сказать таксисту, что его курение мне мешает? Как мне выйти из этой ситуации? Еще до того, как я попадаю в отель, мне предлагают поменять деньги на черном рынке? Как мне отказать, не обидев предлагающих? В отеле меня принимают очень дружелюбно. На моем первом обеде в ресторане мне

подают суп уже в конце еды. Это недосмотр официанта, он забыл про суп? Затем я должен подумать о завтрашнем дне. В какое время здесь бывает завтрак? Как мне добраться до места, где состоится мой доклад? Как реагирует мой организм на разницу во времени и климате? Как мне понравилось меню? Что будет, если я действительно заболею? Есть ли здесь врач на крайний случай? Как можно будет в таком случае вернуться в Германию? Что тогда будет с моим выступлением? На какое время запланирован мой доклад? Как мне лучше отдохнуть и расслабиться? Какие варианты досуга у меня есть? Как можно оценить мою подготовку к поездке? Настолько ли я устал, что у меня уже нет желания узнать что-нибудь об этой стране и людях или даже отвечать на приглашение? Предусмотрена ли единая программа времяпрепровождения для всех участников этого мероприятия? Как следует себя вести в подобной многонациональной группе? Достаточно ли полной была подготовка к поездке дома, что я имею правильное представление об истории и культуре страны? Какие особые правила поведения приняты в этой стране? Что мне следует помнить, если меня пригласят в гости в семью? Нужно ли снимать обувь, входя в дом? Приму ли я такое приглашение из необходимости или из вежливости? Как я отреагирую, если меня пригласят переселиться в более дорогой отель, а я затем должен буду сам оплачивать все счета? Во время прогулки я размышляю, что я потом расскажу об этой поездке моей семье. Могу ли я, делая покупки, трогать вещи руками? Можно ли, а может, даже желательно торговаться? Какую музыку слушают в этой стране, и можно ли ее услышать в магазинах, других местах? Каковы религиозные традиции в этой стране? Принято ли здесь молиться, и как это может отразиться на мне?

Наконец, пришло время последней подготовки к докладу. Доклад предстоит делать на английском языке, для меня это неродной язык. На каком языке говорят остальные участники? Есть ли возможность синхронного перевода или каждый будет пытаться понять как можно лучше мое выступление сам? Не возникнет ли проблем в общении на этой почве?

Я стою в лекционном зале и должен, максимально сосредоточившись, прочесть свой доклад, стараясь наладить контакт с аудиторией, а также следя за тем, чтобы заготовленные мною пленки ложились на настенный проектор в нужном порядке. В заключении доклада предусмотрена дискуссия, и я должен максимально быстро настроиться на вопросы и ответы. Как лучше всего отвечать на вопросы на иностранном языке? Как мне следует реагировать на критические замечания? Как мне реагировать на невежливые выпады или если в зале, несмотря на запрет, кто-то курит? Какова в целом реакция участников? Насколько они поняли то, что я хотел донести до них? Как мне следует реагировать, если некоторые из участников после моего выступления захотят поделиться со мной своими личными проблемами или обратятся за консультацией? Как участники реагируют на различные стили в одежде друг друга (например, национальные костюмы) и на вопросы в дискуссии?

Несмотря на самую тщательную подготовку, всегда есть открытые вопросы, и нужно быть готовым к неожиданностям:

- Я не знал заранее, сколько будет участников семинара.
- Я не знаю, какие вопросы мне зададут.
- Что случится, если в последний момент перед моим отъездом не будет связи, если что-то произойдет в пути и я не смогу вовремя приехать на доклад?

Вечером для участников семинара состоялся превосходный банкет. Общение было очень живым, один из участников рассказывал о политическом и религиозном положении в своей стране и хотел узнать мнение остальных об этом. Меня, например, спросили, что я думаю о проблеме политического убежища в Германии и что можно сделать для решения этого вопроса. Обсуждались и другие межнациональные проблемы, предрассудки в этих вопросах все больше раскаляли участников. Будучи участником такого собрания, хочешь или не хочешь того, приходится сталкиваться с подобными вопросами и проблемами. Как следует решать их? Стоит ли задуматься об этом после и попытаться в дальнейшем разговоре пробудить понимание между различными позициями, или следует забыть об этих впечатлениях вечера?

в) Снова дома

Через четыре дня моя жена и я, полные впечатлений, хотя и несколько усталые от напряженного ритма, вернулись домой. Что произошло за это время с остальными членами семьи? Радостная встреча по случаю счастливого возвращения.

Что было за это время на работе? Меня коротко информируют, для этого достаточно одного звонка, остальное может подождать до завтра.

Кроме того, я должен позаботиться о том, чтобы собрать и рассортировать все счета от поездки. Смогу ли я сам подвести финансовый итог поездки, или мне придется прибегнуть к посторонней помощи? Кто тогда сможет аккуратно и тщательно это для меня сделать?

Было условлено, что я выпишу счет организаторам семинара. Есть ли возражения или неточности, не нужно ли мне заново написать счет? Следует снова поменять оставшиеся деньги, так как в обозримом будущем поездок в эту страну больше не предвидится.

Затем в спокойной обстановке я постарался подвести итоги своей поездки.

Что дал этот доклад? Как я чувствовал себя во время и после поездки? Как я реагировал на стрессовые ситуации? Почему мне было там трудно заснуть? Было ли это лишь следствием разницы во времени? Как принято у меня дома, ложусь ли я спать в один и тот же час, зависит ли от этого мое самочувствие на следующий день? Сколько мне необходимо спать вообще? Почему у меня было неважно с сердцем и болела рука? Было ли это связано лишь с тяжестью чемодана и длительным перелетом? Что еще меня беспокоило в моем физическом состоянии, с какими ор-

ганами это было связано? Какой орган у меня отражает мой гнев? Как бывало раньше, когда я болел, как реагировала на это моя семья? Как теперь реагирует моя жена? Как реагирую я, когда болеет моя жена? Как влияют болезни на мое ощущение жизни и мое отношение к будущему? Я никогда больше не поеду в эту страну, только потому что у меня была однажды желудочно-кишечная инфекция? Каково мое психосоматическое состояние теперь? Честный ответ на эти вопросы поможет мне переработать пережитое и включить это в историю моей жизни?

Какое впечатление о докладе сложилось у меня самого? Дал ли он что-нибудь слушателям? Охотно ли я делал это и доволен ли я вообще своей работой, своей профессией? Какие сферы моей деятельности особенно часто сопровождаются для меня трудностями? Важно ли для меня в моей работе добиваться успеха? В чем мои интересы? Как и кто поощрял меня раньше за успехи? Хорошо ли я себя чувствую, если сижу иногда без дела? На всем этом опыте я учусь, как мне следует организационно и по времени готовиться к подобного рода поездкам, и как я реагирую на такие нагрузки. Или я должен еще усовершенствовать свою работу, или я прихожу к выводу, что не справляюсь со всем один и должен распределять нагрузки. Кто вместо меня мог бы прочесть доклад? Может быть, для меня было бы лучше по-другому распределить свои возможности и энергию, отклонив предложение выступить, отказавшись.

Оценка приобретенного в поездке опыта является важной частью этого события. Какова реакция членов семьи, ездивших со мной и остававшихся дома? Удовлетворительными ли были возможности времяпрепровождения в той стране или вообще нельзя было покинуть гостиницу? Не были ли остававшиеся дома члены семьи перегружены работой в связи с моим отъездом? Где я могу получить более точную информацию о стране, в которой побывал, чтобы прояснить все оставшиеся открытыми вопросы? Общителен ли я, наконец? В состоянии ли я сохранить установленные контакты? Смогу ли соответствующим образом организовать отправку обещанных информационных материалов заинтересовавшимся? Как я чувствую себя в большой компании людей? С какими людьми мне трудно установить контакт? Трудно ли мне отказаться от своих привычек? Почему я так среагировал, когда из-за спора между пилотами обратный рейс сильно задержался? Почему мне так мешало то, что официант, обслуживавший нас во время еды, был в грязном фартуке? Почему мне так не понравилось, что один из участников дискуссии на долгое время перебил меня?

Кто из моих родителей больше ценил, правила хорошего тона и вежливость? К кому я могу обратиться, если у меня возникнет проблема? Что в этой поездке разочаровало меня, и как мне быть с этим? Могу ли я это разочарование принять как одну из черт этой поездки или это станет общим итогом: я никогда больше не дам согласия на такую поездку?

Какие общественные изменения могли бы упростить и сделать более интенсивным подобный обмен мнениями в будущем? Охотно ли я думаю об этом буду-

щем? Если бы я мог на одну неделю поменяться местами с кем-нибудь, кто бы это был и почему? Если бы я на один день стал невидимым, как бы я использовал это время? Кто из моих близких любит предаваться фантазиям и мечтам? Могу ли я своей теперешней деятельностью внести свой вклад в общественные преобразования? Как можно привлечь других людей к совместной деятельности на благо всего человечества, выходя за рамки сугубо научных исследований? Больше было бы взаимопонимания, если бы существовал единый мировой язык, на котором, помимо родного языка, говорил бы каждый?

Международные взаимодействия могли бы быть значительно интенсивнее, если бы удалось преодолеть предрассудки. Многие люди смогли бы получить только пользу от подобных международных мероприятий, если бы было возможным преодолеть бедность и дать каждому человеку шанс на развитие. Было бы очень важным взаимодействие в дальнейшем науки и религии, так как предпосылки науки, ее области исследования, ее вопросы и методы зависят от исторических, общественных, мировоззренческих и религиозных предпосылок. Человечество приобрело единство благодаря не только географическим связям, элементы его цивилизации разносторонне зависят друг от друга. Так, сферы политики, торговли, воспитания, науки, философии, психологии и религии связаны друг с другом целой сетью отношений, и политика перестает быть делом только политиков, экономика делом экономистов, а воспитание делом лишь родителей. Все сферы в какой-то степени представлены друг в друге. В этом поле напряжения культурно-специфических, мировоззренческо-религиозных и научных составляющих смысла находится отдельный человек. Его могут перемолоть жернова конкурирующих друг с другом систем, если он не найдет достаточно возможностей для идентификации. Каждый человек обладает, несмотря на то, что ему приходится подчиняться известным правилам и порядкам, способностью к различению и вместе с этим ответственностью, что видно из того, насколько активно он сам определяет свою судьбу.

Вывод: Только когда я всесторонне оценил результаты и значение моей поездки, «дело» было закрыто, и я смог согласовать с этим мои дальнейшие решения. Если бы я вел себя иначе, если бы воспринимал подобные приглашения как способ внести разнообразие в повседневность и возможность побывать в красивых уголках мира, тогда возникла бы опасность, что такой односторонний подход повлек бы за собой учащение перегрузок, которые бы повлияли на мою прочую жизнь, работу и здоровье. Тогда я бы не смог, подобно господину из притчи о горькой дыне, видеть позитивные аспекты также в «горьких делах» (стрессовые ситуации).

Думали ли Вы, господин Х., что Ваш звонок создаст такую цепочку вопросов и размышлений? Возможно, теперь Вы думаете: «Если бы я не позвонил ему» или «Если бы я позвонил ему раньше!»

35. Алкоголизм и курение

Способность при помощи алкоголя делать конфликты временно сносными;

способность благодаря ощущению тепла внутри предаваться иллюзии защищенности и благодаря уменьшению тревог и страхов облегчать принятие самого себя

Определение

Алкоголиком считают человека, который постоянно или спорадически нуждается в эксцессивном употреблении алкоголя, так как психически и физически зависим от него, а после начала его употребления теряет контроль за количеством выпитого.

Симптоматика

Среди больных алкоголизмом, по *Jellinek* (1960), различают следующие типы:

- а) «проблемный или конфликтный потребитель. Алкогольные напитки выполняют для него роль психотропных средств. Он зависим от алкоголя только психически, но не физически;
- б) потребитель от общества и профессионально-обусловленный потребитель. В этом случае вообще не развивается никакой зависимости, однако часты соматические расстройства вследствие постоянного приема алкоголя;
- в) бытовое пьянство с психофизической зависимостью и явлениями отравления;
- г) алкоголизм, обусловленный психопатологией с абсолютной зависимостью и потерей контроля».

Физическая зависимость проявляется кратковременной абстиненцией: потливость, тремор рук, депрессивное состояние и т.д. Если больной примет алкоголь, то эти явления исчезают. Следствие: он следит за тем, чтобы алкоголь всегда был под рукой. Со временем необходимы все более высокие дозы для достижения того же результата.

Курение повышает уровень холестерина в крови и риск инсульта. Для развития рака легкого возраст начала курения играет большую роль, чем число выкуриваемых сигарет.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Германия относится к странам с наивысшим потреблением алкоголя на одного человека. Около 1,5 — 2 млн немцев больны алкоголизмом, среди них 20 — 30% женщин (имеется тенденция к повышению) и примерно 10% подростков (также повышается). Преобладающий возраст больных от 31 года до 50 лет. Возраст начала заболевания понизился. Для частоты алкоголизма и вида алкогольного поведения имеет значение регион или страна. В странах с высокой долей потребления алкоголя чаще встречаются бытовое пьянство и связанные с ним преимущественно соматические заболевания. Потребление алкоголя зависит также от религиозной принадлежности населения. В 1990 г. в Германии от злоупотребления алкоголем умерло 1400 человек — на 50% больше, чем в предыдущем году.

Обзор литературы

С точки зрения психоаналитического учения о неврозах, алкоголизм - это регрессия к оральной стадии развития. *Battegay* (1979) видит причину алкогольной зависимости в нарушении самооценки. Больной алкоголизмом пытается заполнить «нарциссическую дыру», возникшую в результате познания мира лишений, при этом он поглощает объект (алкоголь) в избытке и начинает верить в свою силу. Субъективные мотивы курения описывает *Troschke* (1989).

Пословицы и народная мудрость

Утопить заботы в стаканчике вина; лучшее место всегда за стойкой; ты что болен, что не пьешь?; губительный игрок; в вине — истина.

«Всю неделю Вы сидите в пивной, но почему не в воскресенье?» «Воскресенье принадлежит моей семье: я сижу перед телевизором».

Мужчина сидит за стойкой в баре и пьет виски порцию за порцией. При этом разговаривает сам с собой: «Мы живем в смешном мире. Вот сидишь здесь и пьешь, чтобы забыть свои проблемы с женой. Приходишь потом домой и видишь ее в двойном количестве».

Притча: «Я такой же сильный, как и 40 лет назад»

Три старых друга сидели вместе и говорили о радостях юности и тяготах старости. «Ах, стонал один, мои ноги не слушаются меня так, как я бы того хотел. Ведь как, бывало, я бежал раньше, а теперь они бросили меня на произвол судьбы, так что я еле-еле переступаю с ноги на ногу». «Ты прав,— согласился с ним другой. У меня такое чувство, будто мои юношеские силы капля за каплей

уходят в песок, как это бывает с водой в пустыне. Времена изменились, и мы изменились, попав между жерновами времени». А третий друг, мулла, любитель читать проповеди, не менее дряхлый, чем его друзья, покачал головой: «Не понимаю, о чем вы говорите, дорогие друзья. Я ничего подобного у себя не замечаю из того, на что вы жалуетесь. Я такой же сильный, как и сорок лет тому назад». Друзья не поверили ему. «Не смейтесь, это именно так, не унимался мулла. Как раз вчера я получил доказательство этому. В моей спальне с незапамятных времен стоит тяжелый дубовый шкаф. Сорок лет тому назад я попытался поднять его, и, что же вы думаете, друзья, произошло? Я не смог этого сделать. Вчера пришло мне в голову опять поднять этот шкаф. Я изо всех сил старался, но опять мне это не удалось. Это ясно доказывает только одно: я такой же сильный, как и сорок лет тому назад».

Аспекты самопомощи: развитие алкоголизма с точки зрения позитивной психотерапии

Сначала алкоголь воздействует непосредственно на головной мозг, на ретикулярную формацию, которая координирует моторную функцию и информирует кору головного мозга, определяющую степень ясности сознания: Затем алкоголь действует на сосуды и нервы. При поступлении алкоголя в кровь капилляры расширяются. На основании результатов многочисленных исследований наследственный фактор при алкоголизме рассматривается лишь как содетерминирующий, как один из многих других факторов, который может оказывать влияние только в сочетании с воздействием окружающей среды. В телесной сфере больной алкоголизмом ощущает уменьшение, с одной стороны, физических недугов, с другой, переживает растущую потребность организма в алкоголе. В сфере разум/деятельность дело доходит до потерь. В профессиональной сфере сложности появляются неизбежно. Увеличивается дистанция между больным и окружающими его людьми вследствие страха и чувства неполноценности. Чему больной научается, так это бегству в фантазии. Алкоголь является тем веществом, которое дает ощущение тепла, защищенность, уверенность и, таким образом, выполняет функции семьи. Особый вес имеет, очевидно, тот опыт, который пациент приобрел в детстве и юности и который сформировал его установки в жизни, его способ решения проблем, в том числе алкогольное поведение. Исследования обнаружили тяжелейшие социальные нарушения в раннем детстве будущих алкоголиков. Употребление алкоголя приобретает значение стратегии решения экзистенциальных проблем. Тот, кто в нашем обществе отказывается от алкоголя, рискует прослыть «белой вороной», «нарушителем правил», «апостолом здоровья» или вовсе больным. Наоборот, кто употребляет алкоголь, считается взрослым и сильным; кто может выпить много, завоевывает высокий авторитет.

Практические дополнения в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при злоупотреблениях

Описание случая: «Жизнь изо дня в день становилась все бессмысленнее».

Женщина в возрасте 31 года, которая уже прошла курс лечения, пожелала обратиться к психотерапевту, хотя и сомневалась, что у нее есть возможности для изменения. В первом интервью, помимо прочего, она сказала:

С тех пор, как около года назад я узнала, что мой муж меня обманул, я пристрастилась к бутылке. Я — алкоголичка. Хотя я и пыталась с этим покончить, мне не удалось. Моя депрессия становилась все глубже, мое чувство неполноценности росло, а жизнь изо дня в день становилась все бессмысленнее. В моменты просветления я все чаще задумывалась о самоубийстве. Мой муж попытался тогда отправить меня в психиатрическую лечебницу, но безуспешно. В ту же ночь я сделала попытку к самоубийству при помощи снотворных таблеток.

Благодаря позитивной интерпретации «Вы пытаетесь при помощи алкоголя сделать многие конфликты сносными», в первой же беседе мы быстро перешли от симптома к конфликту. Притча «Я так же силен, как и сорок лет назад» стала воплощением склонности нашей пациентки игнорировать действительность и делать нереалистичные заключения. Пациентка спонтанно смогла идентифицировать себя с героем этой притчи. Вдруг стало возможным найти хороший подход к уклонявшейся прежде от разговора пациентке. Был достигнут, казалось бы, второстепенный, однако, тем не менее, весьма показательный эффект: пациентка перестала пользоваться жестким стереотипом «Мне не удастся ничего изменить», а попыталась дифференцированно описать свое действительное состояние. Актуальная конфликтная ситуация больной, с одной стороны, была связана с профессиональной проблематикой, с другой, характеризовалась супружеским конфликтом и проблемами с дочерью. Мать пациентки являлась отдельной инстанцией в семейных отношениях. Три стадии взаимодействия «Привязанность — автономность — отделение» были рассмотрены на примере отношений с матерью. Больная научилась, например, позитивно интерпретировать поведение своей матери, ободрять ее и, таким образом, модифицировать. Регрессивные тенденции по своему содержанию затрагивали конфликтные сферы *усердие/деятельность* (см. ч. II, гл. 9), *аккуратность* (см. ч. II, гл. 19), *опрятность* (см. ч. II, гл. 24), *доверие* (см. ч. II, гл. 36) и, прежде всего, *верность*, которая стала предметом обсуждения на 4-й стадии в рамках семейной или партнерской терапии.

Благодаря стабилизации ситуации, с одной стороны, были значительно уменьшены страдания, которые привели к злоупотреблениям, с другой, супружеские

проблемы стали рассматриваться как шанс построить новые отношения в различных жизненных сферах. Пациентка научилась видеть взаимосвязь между «внутренней контролирующей инстанцией» и вопросом о «смысле», который был редуцирован для нее до «верного поведения» ее мужа.

Актуальная способность «Верность»

Определение и развитие: способность устанавливать тесные отношения и поддерживать их длительное время, строить их на доверии. Верность в узком смысле слова в нашем культурном кругу означает преимущественно сексуальную верность. Законный брак основывается на верности. Верность может также подразумеваться по отношению к институтам, концепциям или принципам, например, верность убеждениям и верность самому себе. Лабильное отношение к верности имеет как жизненно-исторические основания, так и безусловную наивную приверженность одному партнеру.

Как об этом спросить: Есть ли у Вас с партнером проблемы, связанные с верностью (ситуации)? Что Вы понимаете под неверностью? Были ли или есть у вас сложности в связи с тем, что Вы изменяли Вашему партнеру? Как бы Вы среагировали, если бы Ваш партнер Вам изменил (или как Вы реагировали в такой ситуации)? Забавляетесь ли Вы мыслями о другом партнере? Считаете ли Вы возможным, что Ваш партнер может изменить Вам в Ваше отсутствие? Не находите ли Вы немного неверности очень даже увлекательным? Были ли Ваши родители верны друг другу?

Синонимы и расстройства: верить, доверие, лояльный, зависимый, консервативный, связывать себя, обещать, недоверие, неверность, изменить, на вере и доверии, нерушимая верность. Ревность, бред ревности, неверность, крах доверия, предательство, безнадёжность, тревога, агрессия, депрессия, сексуальные расстройства.

Особенности поведения: Верность не начинается с заключения брака. Уже выбор партнера связан с верностью или неверностью. Девиз: Выбирайте себе партнера так, чтобы Вы хотели быть ему верны (секс — сексуальность — любовь). Выбрать одного партнера чаще всего гораздо легче, чем метаться между двумя, не желая обоим причинить страдания. Если Вы решаете, что Ваш партнер Вам не подходит, расстаньтесь с ним, прежде чем искать себе нового партнера. Это честнее по отношению к партнеру и самому себе.

Приложение: опросник к злоупотреблениям

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Опасаетесь ли Вы выглядеть «белой вороной» или «нарушающим правила», если Вы не пьете или не курите? Приходят ли Вам на память еще какие-нибудь пословицы и крылатые выражения по поводу употребления алкоголя или курения? Что это за пословицы?
- 2) Знакомы ли Вы с программой, обучающей постепенному отказу от курения?
- 3) Регулярно ли Вы принимаете назначенные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 4) Вы пьете или курите по причинам, связанным с работой?
- 5) Опасаетесь ли Вы потерять работу и утратить Ваше социальное положение?
- 6) Вы скрываетесь от своих профессиональных проблем в «синий дым» или в алкоголь? О каких микротравмирующих актуальных способностях (аккуратность/неряшливость, пунктуальность/непунктуальность, справедливость/несправедливость и т.д.) идет речь?
- 7) Вы пьете, чтобы уменьшить свои заботы, страхи и препятствия, чтобы поднять себе настроение? Что является причиной Вашего плохого настроения? Является ли общество причиной того, что Вы пьете? Считаете ли Вы, что повысится Ваш авторитет, если Вы много выпьете? Пьете ли Вы, чтобы улучшить настроение или скрасить скуку?
- 8) Становитесь ли Вы «взрослее» или «сильнее» в своих глазах, если Вы много выпиваете? Повышается ли от этого Ваша самооценка?
- 9) Видите ли Вы смысл в своей жизни? В каких сферах? Способствует ли алкоголь погружению в более счастливый мир, тепло, защищенность и уверенность?
- 10) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 11) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

36. Суицидальные попытки

Способность поставить под вопрос свою жизнь и изменить свое местонахождение

Определение

Под попыткой суицида подразумевается в меньшей степени стремление к смерти, чем вызов окружающему миру. Конечно, возможно, что эта попытка заканчивается смертью или всерьез задуманное самоубийство не удастся.

Симптоматика

Согласно *Ringel* (1978), мы рассматриваем попытку суицида как «завершение болезненного развития». Типичным для фазы перед суицидом (попыткой суицида) является «пресуицидальный синдром».

Транскультурный аспект и эпидемиология

Наибольшее число самоубийств в мире было зарегистрировано в 1988 г. (на 100 000 жителей) в Венгрии и составило 46 (в 1969 г. — 35); на втором месте Финляндия — 25 самоубийств (в 1969 г. — 28); во Франции это число составило 17. Ежегодно в США около 30 000 человек совершают самоубийство, это 12 из 100 000 населения; в Швейцарии это число вдвое выше: 23,7, что составляет 1500 смертей ежегодно (*Michel*, 1989a). Традиционно высокое число самоубийств и в Японии; самые низкие показатели принадлежат Греции — 3 случая на 100 000 населения, а также Саудовской Аравии.

Самоубийство не встречается среди коренных жителей Австралии и Огненной Земли. В Индии суицид имеет место в форме принесения себя в жертву на святых местах, считается, что оно ведет к облегчению. Не редкость самоубийство у эскимосов при достижении старческого возраста или при хронических тяжелых заболеваниях.

Обзор литературы

Следует отметить, что суицидальные тенденции особенно выражены у лиц, чья профессиональная деятельность связана с интенсивным общением и помощью людям (врачи, учителя и т.д.). По данным *Schuffel* (1986), в определенный отрезок времени число самоубийств среди калифорнийских врачей было в 1,5 — 2 раза

выше, чем среди всего остального населения. Женщины-врачи совершают самоубийства гораздо чаще, чем представительницы других профессий. Среди врачей наибольший риск самоубийства приходится на психиатров.

Для *Ameru* (1979) акт самоубийства является свидетельством человеческой свободы, которая отличает человека от животного. Согласно *Battegay* (1981с), напротив, при совершении самоубийства ни о каком свободном решении не может быть и речи.

Крылатые выражения

«Кто научился умирать, перестает быть рабом» (*Сенека*); «Трус умирает многократно, прежде чем умрет; смелые достойны только одной смерти» (*Шекспир*).

Притча: «О вечной жизни»

Король Аноширван, которого народ называл Справедливым, как-то однажды во времена, когда родился пророк Мохаммед, прогуливался по своим владениям. На залитом солнцем косогоре он заметил почтенного старца, согнувшегося в какой-то работе. Вместе со своей свитой король подошел поближе и увидел, что старик сажает маленькие саженцы-однолетки. «Что ты делаешь?» — спросил король. «Я сажаю ореховые деревья», — ответил старец. Король удивился: «Ты уже так стар. Для чего ты сажаешь тогда эти ростки, чью листву ты никогда не увидишь, в чьей тени ты никогда не сможешь укрыться и чьих плодов ты никогда не попробуешь?» Старик взглянул на него и сказал: «Те, кто были до нас, посадили, и мы собирали урожаи. Мы сажаем теперь, чтобы те, кто придут после нас, тоже смогли кормиться» (по Абдул-Баха).

Аспекты самопомощи: развитие суицидальных тенденций с точки зрения позитивной психотерапии

Предопределением мы называем неизбежную судьбу: каждый человек рождается и умирает, нет пути, который бы миновал эти два события. Условная судьба, напротив, это судьба, которая имеет свою собственную историю, которой можно избежать и которая может быть изменена.

Условная судьба предполагает такой путь, который можно выбрать, но не обязательно нужно выбирать. Важнее здесь вопрос: чему я могу научиться у своего прошлого, как я могу выполнить требования настоящего? Существуют альтернативные пути, из которых в любой момент можно выбирать. Это означает не что иное, как то, что судьба каждого человека в существенной степени находится в его собственных руках, в детстве — в руках его родителей и воспитателей, позднее - в руках его семьи, друзей и терапевта.

Если поразмышлять над тем, что означает «лишить себя жизни», то здесь можно обнаружить и позитивные стороны. Если человек «забирает» у себя жизнь, значит, он постигает жизнь, овладевает ею, он приспособливает ее к себе. Здесь возможно новое начало. «Лишить себя жизни» — это способность поставить свою жизнь под вопрос и изменить свои взгляды на нее.

Практические дополнения к этому аспекту самопомощи предлагаются в опроснике в конце главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при суицидальной попытке

Описание случая: «Утрата цели жизни»

Домохозяйка 52 лет, бледная, с замедленными движениями и безразличным лицом, жаловалась на тяжелые депрессии и страхи и, как она многократно повторяла, не хотела больше жить: «У меня такое чувство, что все лишено смысла, все пустое. Я полностью выгорела». Из разговора выяснилось, что пациентка уже дважды пыталась покончить с собой. На мою интерпретацию, что она проявила способность «поставить под вопрос» собственную жизнь, она ответила: «Это именно так. Хуже уже быть не может. В крайнем случае - лучше». Когда я стал спрашивать дальше, то выяснилось следующее:

У женщины было трое детей, которых она воспитывала одна после смерти мужа 20 лет назад. Как она мне объяснила, ради детей она отказалась от второго брака. Со временем все трое покинули родительский дом и обосновались со своими семьями на новых местах. А наша пациентка с этого момента «потеряла» свою жизненную задачу - своих детей - и не смогла найти этому полноценную замену. В этой ситуации пациентка почувствовала себя ненужной, свою жизнь сочла бессмысленной, а мир — несправедливым. Основным отношением пациентки было отношение к «Ты» детей и к «Мы» собственной семьи. Только через эти две инстанции она получала утверждение своего Я, которое она ставила так же высоко, как и социальную активность и широкие интересы.

Этот характерный пример способности к любви при определенных внешних условиях, дети покинули свою мать, превратился в открытый конфликт. В процессе лечения разрешение этого конфликта проходило параллельно с работой над обогащением ее Я. Содержанием этой работы являлось рассмотрение четырех сфер способности к любви Я — Ты — Мы — Пра-мы и актуальных способностей: *контакты* (ср. ч. II, гл. 15), *доверие* (ср. ч. II, гл. 11), *единство* (ср. ч. II, гл. 39) и *вера/религия*.

Актуальная способность «вера/религия»

Определение и развитие: способность интересоваться непознанным и непознаваемым, и шаг за шагом приближаться к нему, пока часть этого непознанного

не станет доступной. Вера может быть направлена на собственные способности и способности других людей, на еще неизвестное и исследуемое в науках и на непознаваемое в религиях. Ребенок обладает сначала абсолютной верой. Позднее содержание этой веры дифференцируется; ребенок верит в любовь или справедливость родителей. На примере родителей он учится строить свои отношения с непознанным и непознаваемым и перенимает исторически устоявшиеся формы религиозной или научной веры.

Как об этом спрашивают: существуют ли у Вас с партнером проблемы на почве религии или мировоззрения? Кто из Вас более религиозен? Верите ли Вы в высшее существо? Верите ли Вы в жизнь после смерти? Как Вы относитесь к религиям? К какой религиозной общине Вы принадлежите? К какой церкви Вы принадлежите? Кто из Ваших родителей был более религиозным? Как проявлялась религиозность в Вашем доме (молитва, медитация, ритуалы)? Верите ли Вы, что Вы (Ваш партнер) можете развиваться еще дальше и обладаете еще большими резервами? Есть ли у Вас четкие цели в Вашей профессиональной и личной жизни?

Синонимы и расстройства: принимать, признавать, считать, предполагать, догадываться, полагаться, доверять, мировоззрение, идеология, теология, гипотеза. Суеверие, ханжество, кризис веры, неверие, страх, агрессия, подражание, отречение, чрезмерные требования, неуверенность, колебания настроения, жизненный страх, коллективная ненависть, предрассудки, фанатизм, религиозный бред и т.д.

Особенности поведения: каждый человек, без исключения, обладает способностью верить. Научись различать между верой религией и церковью. Верить в себя, в свои способности, в партнера, в людей, в идола, в идею, в теорию, в мировоззрение в Бога.

Высказывания ученых (ср. ч.1, гл. 5) действуют как медиаторы в вопросах смысла жизни и смерти и жизни после смерти. Лечение продолжалось 25 сеансов.

Приложение: опросник для больных с суицидальными тенденциями

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазия /будущее

- 1) «Я этого больше не вынесу»; «Жизнь — это иллюзия»; «Все — игра воображения, химера, вымышленный мир»; «Кто научился умирать, пере-

стает быть рабом»; «Смерть — это ворота жизни»; «Все лишено смысла». Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, которые близки к Вашей проблематике? Как Вы относитесь к этому?

- 2) Какое средство Вы использовали, чтобы уйти из жизни?
- 3) Ваше чувство самооценности основывается преимущественно на Вашей профессиональной деятельности?
- 4) В Вашей профессиональной деятельности Вы разочарованы, чувствуете себя отвергнутым или к Вам несправедливо относятся на работе?
- 5) Была ли Ваша попытка самоубийства вызовом окружающему Вас миру? С какой целью?
- 6) Вы рассказывали кому-нибудь о Вашей попытке самоубийства? Как среагировали Ваш партнер и другие значимые для Вас люди?
- 7) Какие разочарования (чем, кем) предшествовали Вашей попытке самоубийства? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?
- 8) Одолевают ли Вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что Вас привело к таким мыслям и ощущениям?
- 9) Знаете ли Вы, какие причины заставляют людей других культурных традиций сознательно лишать себя жизни (например, харакири в Японии, принесение себя в жертву в Индии)?
- 10) Хотели ли Вы покончить с невыносимой для Вас ситуацией (какой?) или с жизнью вообще?
- 11) Задумываетесь ли Вы о глобальных проблемах будущего всего человечества (война — мир, экологический кризис, мировой голод)?
- 12) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 13) Какие цели и планы есть у Вас в профессиональной деятельности, партнерских и семейных отношениях, здоровье и общественной сфере на ближайшие 5 лет? Какие возможности для их реализации Вы видите?

37. Несчастные случаи

Способность рисковать чем-либо

Определение

Под несчастным случаем принято понимать внезапное внешнее происшествие, которое наряду с причинением материального ущерба может оказывать влияние на здоровье человека и даже поставить под угрозу его жизнь.

Симптоматика

У 33% больных в результате несчастных случаев развиваются, согласно данным *Studt* (1986), симптомы фобического невроза или невротической депрессии. В то же время физические повреждения, если они остались как существенные изменения (увечья), также могут приводить к психическим расстройствам.

Транскультурный аспект и эпидемиология

В странах Запада несчастные случаи занимают четвертое место по частоте после сердечно-сосудистых заболеваний, рака, нарушения мозгового кровообращения и атеросклероза. В Германии 16% всех заболеваний непосредственно обусловлены последствиями несчастных случаев. По данным *Studt* (1986), 80 — 90% всех несчастных случаев, происшедших по вине самих пострадавших, приходятся на небольшую группу людей (3 — 4%), которые особенно подвержены риску попадания в подобные экстремальные ситуации. Статистика Всеобщего немецкого клуба автомобилистов (1984) свидетельствует, что на пятницы, выпадающие на 13-е число месяца, приходится на 30% несчастных случаев больше, а число смертельных исходов превышает печальную статистику всех других пятниц на 50%. Риск попасть в дорожно-транспортное происшествие для жителей Германии вдвое выше, чем для датчан, шведов, голландцев или итальянцев. Статистика несчастных случаев, обусловленных влиянием алкоголя, представлена на рис.32.

Обзор литературы

Согласно классическому психоаналитическому подходу, несчастные случаи могут рассматриваться как бессознательная форма самонаказания (*Alexander*, 1971). *Dunbar* (1948) был составлен характерный личностный профиль пострадав-

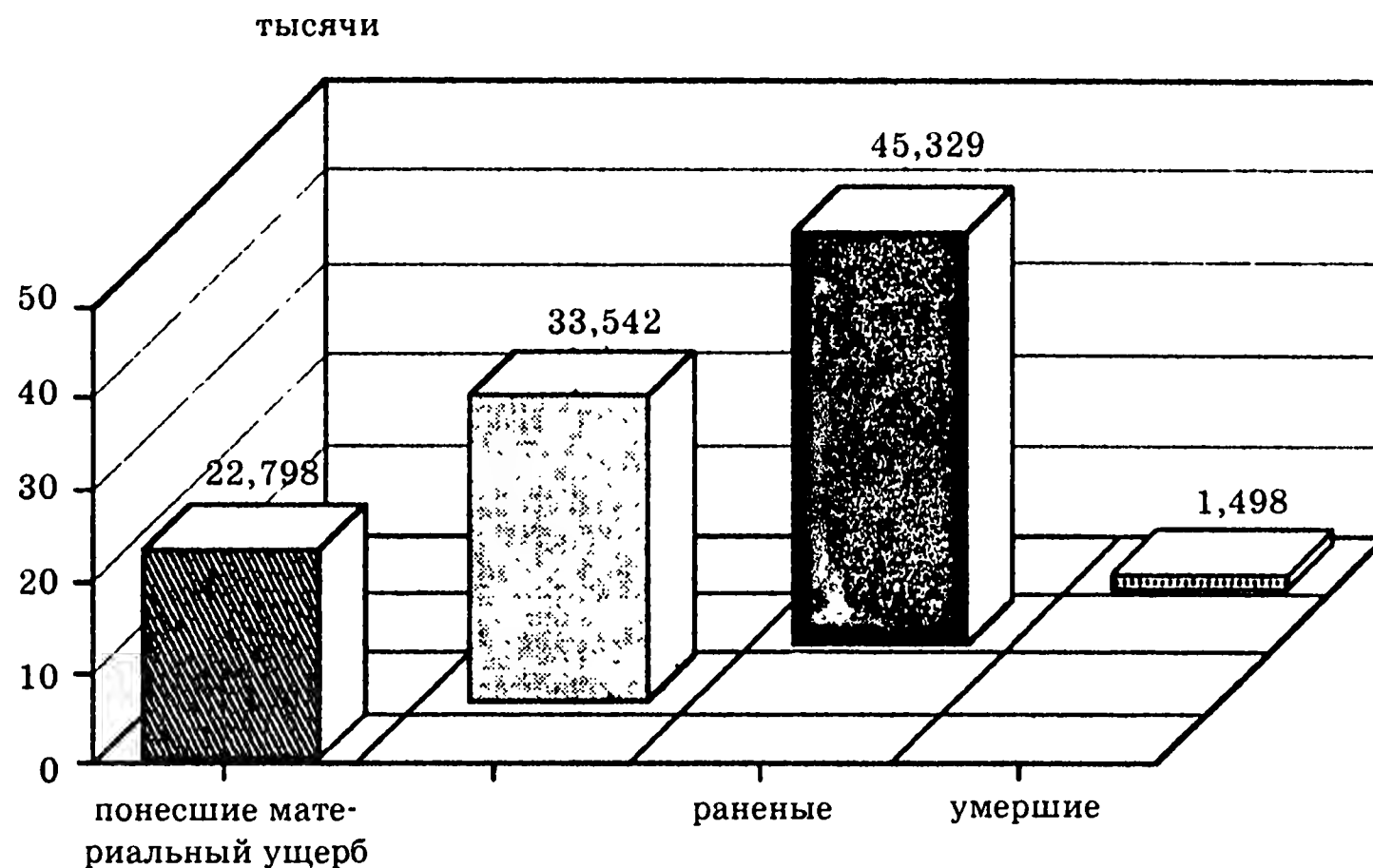


Рис. 32. Несчастные случаи, обусловленные влиянием алкоголя, и их последствия в Германии (данные Федеральной статистической службы, 1988 г.).

ших от несчастных случаев. По *Rattner* (1977), «влечение к несчастным случаям» представляет собой драматическую форму «бегства от обязательств и ответственности».

Поговорки и народная мудрость

Рисковать жизнью; быть любителем острых ощущений; позволить кому-либо переехать себя (дать себя обойти); очутиться под колесами; сбить с ног кого-то; дать себя прокатить.

Притча: «Пророк и длинные ложки»

Правоверный пришел к пророку Илие. Его интересовали ад и рай, потому что его, естественно, волновала его дальнейшая судьба. «Где ад, а где небеса?» — с этими словами он приблизился к пророку, но Илия не ответил ему. Он взял вопрошающего за руку и повел его темными коридорами во дворец. Через железный портал они прошли в большой зал. Там теснились множество людей, богатых и бедных, одетых в рубища и украшенных драгоценностями. В центре зала на огне стоял огромный котел с кипящим супом. От него по всей комнате распространялся чудесный аромат. Толпившиеся вокруг люди со впавшими щеками и усталыми взглядами, всеми способами пытались заполучить свою порцию супа.

Пришедший с Илией человек был изумлен видом ложек, которые держали люди: они были огромные, размером с человека. Сделаны ложки были из металла и только самый кончик длинной ручки из дерева. Металл был обжигаяще горяч от кипящего супа. Голодные люди жадно тыкали ложками в котел. И хотя каждый хотел получить свою долю, никто не мог ее достать. Люди с трудом вынимали свои ложки из котла с супом, но, поскольку они были слишком длинными, даже самые сильные не могли донести их до рта. Самые дерзкие ошпаривали себе руки и лица или во гневе проливали суп на соседей. Ругаясь друг с другом, они бросались в драку и били друг друга этими ложками, с помощью которых могли бы утолить свой голод (рис.34). Пророк Илия взял своего спутника за руку и сказал: «Это — ад!» Они покинули этот зал и вскоре уже перестали слышать адские вопли. После долгих блужданий по темным коридорам они попали в другой зал. Здесь тоже сидели люди, а в центре зала также стоял котел с кипящим супом. И у каждого из присутствующих в руках была та же огромная ложка, какую Илия и его спутник уже видели в аду. Но здесь люди выглядели сытыми, и в зале слышался только тихий удовлетворенный гул и плеск ложек в супе. Везде совместно действовали по двое. Один опускал ложку в суп и кормил другого. Если ложка становилась слишком тяжела для одного, ему помогали еще двое, так что каждый мог вдоволь наесться. Как только один был сыт, наступала очередь другого. Пророк Илия сказал своему спутнику: «Это — рай!».



Рис. 33. Пророк и длинные ложки

Аспекты самопомощи: проблема «несчастных случаев» с точки зрения позитивной психотерапии

По данным *Frey* (1986), психологические особенности являются более значимыми (длительность пребывания в больнице, возвращение к профессиональной деятельности), чем тяжесть повреждений. Пострадавшие от несчастных случаев обладают обычно хорошим здоровьем, склонны к спонтанной и интенсивной деятельности, как правило, легко вступают в контакты. Традиции, обычаи и вопросы о смысле жизни менее важны для них. Будучи детьми, они нередко усваивают, что могут привлечь к себе внимание родителей только рискованными действиями или игнорированием правил. На взаимосвязь между несчастными случаями и психическими факторами указывают многочисленные речевые обороты. В соответствии с нашим пониманием проблемы попадающий в несчастный случай человек обладает способностью чем-то рисковать в физическом и межличностном плане, чтобы соответствовать собственным и чужим концепциям (например, пунктуальное появление).

Практические указания к этому аспекту самопомощи предлагаются в опроснике в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при несчастных случаях

Описание случая: «Я оказался под колесами»

Когда я заметил, что уже поздно, то сел в машину и до отказа нажал на педаль. Надо же было меня подстеречь этой идиотской патрульной машине и сделать пару моих фотографий на память! Как я был зол на полицейских! Я им об этом тоже сказал, когда меня остановили. Мой адвокат считает теперь, что я не должен был этого делать. Он считает, что мне недостает пунктуальности, умения распределять свое время, послушания, вежливости, бережливости.

Пациент, мужчина атлетического сложения, неоднократно становился причиной дорожно-транспортных происшествий на своей легковой машине. Из-за опасения не успеть вовремя он часто вел себя безоглядно, впадая в агрессию. На мое замечание о том, что у него есть способность чем-то рисковать, он ответил, что обычно даже не замечает, в какие опасные ситуации вовлекается. Осознавание и переработка нарциссических тенденций по содержанию относились к актуальной способности *пунктуальность* (ср.: ч. II, гл. 16) и *время* (ср.: ч. II, гл. 33). Переосмыслением поведения, вопросами о мировоззрении и философии (*вера/религия*; ср.: ч. II, гл. 36), а также исследованием моделей для подражания (*образец для подражания*) в процессе пятиэтапной психотерапии он смог выработать иное поведение за рулем.

История «Пророк и длинные ложки» послужила пациенту хорошим примером. Он открыл, что осторожность за рулем может принести пользу ему самому.

Актуальная способность «Образец для подражания»

Понятие и развитие: способность подражать другим или самому являться примером для подражания. Подражать можно не только поведению, которое демонстрирует образец для подражания, но и поступкам, установкам и чувствам, которые объект подражания считает своим личным делом. Подражание - это одна из самых существенных функций научения. Ребенок подражает своим родителям, потому что воспринимает подражание как таковое в качестве поощрения или потому, что оно поощряется; оно продолжается или прекращается в зависимости от того, был ли пример поощрен или наказан.

Как об этом спрашивают: кто из Вас является в большей степени образцом для подражания? Какой человек, образ, писатель, какой девиз являются Вашими идеалами? Хотели бы Вы быть таким же, как все? Кто из Ваших родителей был для Вас образцом для подражания? Находите ли Вы в себе (в Вашем партнере) черты и поступки, которые напоминают Вам прежних знакомых и близких?

Синонимы и расстройства: перенимать, имитировать, копировать, подражать, обезьянничать, равняться на кого-либо, брать пример, идти по следам другого, рядиться в чужие наряды. — Тенденции к патологическому подражанию, ограниченность собственной способности к суждениям, аффективное отвержение примера для подражания, колебания между любовью и ненавистью, стеснительность, идеализация, завышенные ожидания, разочарования, проблемы самооценки, финансовые трудности.

Особенности поведения: каждый наш поступок и любая мысль могут быть примером для других: ведите себя, осознавая, что Вы являетесь образцом для подражания. Даже то, что мы переняли от лучшего примера для подражания, нуждается в дополнительном контроле: нужно смотреть своими глазами, слушать своими ушами, думать своей головой.

Приложение: опросник для пострадавших от несчастных случаев

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазия / будущее

- 1) Знаком ли Вам бег «сломя голову», рисковали ли Вы когда-нибудь головой или жизнью? Считаете ли Вы себя «рисковым человеком» или скорее тем, кто «твердо стоит на ногах»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Бывает ли так, что Вы сознательно или «бессознательно» выходите за рамки своих физических возможностей для достижения определенной цели?
- 3) Отражается ли Ваше недовольство профессиональной деятельностью, например, на Вашем поведении за рулем, быстрой езде? Часто ли Вы позволяете «обогнать» себя?
- 4) Ощущаете ли Вы себя попавшим в переплет (проблема выбора в партнерских отношениях, профессиональной деятельности и планах на будущее)?
- 5) Цените ли Вы пунктуальность и рискуете ли из-за этого попасть в экстремальную ситуацию?
- 6) Пренебрегаете ли Вы мерами предосторожности на своем рабочем месте вследствие соображений экономии (*бережливость*) или повышения продуктивности (*усердие/деятельность*)? Бывает ли, что Вы действуете необдуманно и импульсивно, не продумав все в достаточной степени?
- 7) Довольны ли Вы своей профессией?
- 8) Что говорит Ваш партнер о Вашем поведении за рулем?
- 9) Как часто Вы ругаетесь за рулем? Какие слова Вы при этом употребляете?
- 10) Считаете ли Вы, что своими рискованными действиями и выступлениями можете повысить свой авторитет?
- 11) Что Вы будете делать, если однажды не сможете сесть за руль?
- 12) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 13) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

38. Урологические заболевания

**Способность выводить проблемы через почки и давать понять о «недержавшихся» состояниях;
способность «плакать нижней частью тела»**

Определение

Энурезом, или Enuresis nocturna, называется состояние, когда у ребенка в возрасте старше 3 лет по ночам непроизвольно отходит моча. Раздраженностью мочевого пузыря называют позывы к частому опорожнению мочевого пузыря при относительно небольшом его заполнении. Воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) характеризуется частым мочеиспусканием, которое сопровождается жжением. При воспалении мочевого пузыря (цистит) воспаляется слизистая мочевого пузыря, а иногда и вся его стенка. Простатитом называется воспаление простаты с затруднением мочеиспускания, позывами и болями в паху, промежности и гениталиях, часто сопровождающееся и расстройствами сексуальной функции. Фенацетиновым нефритом называется хроническое заболевание почек после избыточного приема фенацетинсодержащих лекарственных препаратов. Гемодиализом называется инструментальный метод, при котором кровь больного с заболеванием почек очищается от шлаков обмена веществ и ядовитых химических веществ.

Симптоматика

Позывы к мочеиспусканию, которые при *раздраженном мочевом пузыре* обычно беспокоят в течение дня, сопровождаются, как правило, ощущением жжения при мочеиспускании. При *уретрите* нередко наблюдаются слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала. *Цистит* может протекать с внезапным ознобом и повышением температуры тела. Типичные симптомы *фенацетинового нефрита* — это гематурия и протеинурия (кровь и белок в моче), серая окраска кожи, особенно губ, и запоры. Пациенты на гемодиализе постепенно утрачивают физические и духовные силы.

Транскультурный аспект и эпидемиология

После двух мировых войн наблюдались так называемые каменные волны. Число больных мочекаменной болезнью сегодня так же велико, как и число больных диабетом. В высокоцивилизованных странах число больных с камнями в поч-

ках постепенно увеличивается. В новейшей медицинской литературе органическая причина энуреза отмечается только в 10 % случаев. Средняя ожидаемая продолжительность жизни лиц, находящихся на гемодиализе, по данным *Petzold* и *Reindell* (1980), только в 70 % случаев превышает 5 лет; с точки зрения психосоматики ситуация выглядит несколько иначе. Мочекаменная болезнь, согласно *Hamt* (1986), особенно часто встречается на Балканах, в Турции, Индии и Китае.

Обзор литературы

Психологическим значением центрального развития особенно много занимался *Schultz-Hencke* (1951). Он трактует уретральное переживание прежде всего с точки зрения «Воли» и «Препятствия». Процесс мочеиспускания очень тесно связан с понятиями «отдавать», «дарить». Испытывающий уретральное препятствие не может этого сделать. Он несвободен. Он утратил свою беззаботность.

Гемодиализ: такие авторы, как *Kaplan de Nour* (1984), *Drees* (1976), *Freyberger* (1981), *Vollrath* и др. (1976), которые изучали психосоматические аспекты у находящихся на гемодиализе больных, выявили у них такие предпочтительные механизмы защиты, как вытеснение и отрицание, и сошлись на том, что иначе они не смогли бы перенести длительный стресс гемодиализа. Типична для пациентов, кажется, неспособность вербализовать страхи и конфликты.

Пословицы и народная мудрость

Это сидит у него в почках (злит, бесит, раздражает кого-либо; ср.: сидит в печенках); отпустить на все четыре стороны; намочить штаны от страха; испытывать давление; иметь мочевой пузырь первоклассника; иметь что-то в моче.

Притча: «Что случилось, того нельзя изменить»

Один ученый, единственной радостью которого были наука и книги, был оклеветан своими коллегами, которые завидовали его успехам в работе. Ученый был очень опечален этим, однако, не мог и не хотел жить во вражде с окружающими, в том числе и со своими коллегами. Однажды от глубокой тоски он заболел и почувствовал, что пришел его смертный час. Коллеги, напуганные этим известием, поняли, что они несправедливо обошлись со старым мудрецом и повинны в его болезни. Вместе они решили разыскать его, чтобы попросить прощения. Так они оказались у ложа больного, который, бледный и слабый, лежал на своей постели, окруженный множеством подушек. «О, мастер слова и мастер пера, — начал один из коллег, — мы пришли повиниться перед тобой. Мы просим тебя простить нас и считать, что не было ничего того, что произошло». «Я вижу, вы пришли все, — отвечал ученый, — велика моя радость. Я охотно прощу вас,

однако то, что случилось, я не могу считать неслучившимся». Ученые мужи удивленно переглянулись. Почему их наставник не хочет дать им возможность облегчить совесть? «О, учитель, — заговорил другой ученый, — скажи, что мы можем сделать, чтобы ты простил нас. Мы готовы выполнить любое твое желание». Больной с трудом вытащил одну из подушек у себя из-под головы и протянул ее стоящему ближе всех коллег: «Возьмите эту мою подушку, поднимитесь с ней на башню городской крепости, распорите ее и потрясите из нее все перья. Затем спуститесь и соберите перья, выполните эту работу очень тщательно, чтобы все перья были на месте». Один из коллег высказал то, о чем подумали все и что можно было прочесть на лице каждого: «О, наставник, как же мы это делаем? Вечерний ветер разнесет перья по углам и щелям, мы наверняка, не сможем найти их все!» «Вот видите, — сказал тогда умирающий, — что случилось, того не сделаешь неслучившимся».

Аспекты самопомощи: развитие урологических заболеваний с точки зрения позитивной психотерапии

Давно уже известно, что психические процессы могут влиять на функции мочевыводящей системы. Под влиянием нервного напряжения, помимо прочего, изменяется тонус сосудов, вследствие чего ухудшается кровоснабжение почек, что в конечном счете обуславливает изменение состава крови и мочи и тем самым оказывает воздействие на весь организм. Повышение тонуса означает также повышенную возбудимость сенсоров в стенке мочевого пузыря и вместе с этим сниженный порог возбуждения.

Люди с расстройствами функции почек и мочевого пузыря часто не придают серьезного значения физическим потребностям и праву на их удовлетворение. У них нет времени, чтобы сходить в туалет: прежде всего — работа. Сознательно ограничивается потребление жидкости, чтобы не было необходимости часто «исчезать» (*достижение*). Следствие: недостаточное промывание почек может оказывать влияние на их функционирование. Из опасения перед грязью в чужих туалетах (*чистоплотность*) моча длительно удерживается; кроме того, не хочется, чтобы посторонние заподозрили слабость мочевого пузыря (недостаточная *открытость / честность*) или нежелание помешать другим (*вежливость*). В профессиональной сфере такие люди обычно очень активны; они хотят чего-то добиться, иметь успех. В сфере контактов, напротив, они очень сдержанны, в отличие от других людей, они очень скованны и неуверенны. Их воображение часто направлено к грандиозным целям, в реализацию которых они сами не верят. Они сомневаются в смысле жизни. Преобладает лабильное, преимущественно тревожное настроение с опасениями неуспеха и склонностью к депрессиям. Обычно родители таких пациентов очень высоко ценили чистоплотность и достижения. Ребенок очень быстро научался свои физические потребности (например, оставаясь беспечным,

«упускать») контролировать и подчинять их принципу достижения. Обычный процесс мочеиспускания усложнялся в связи с тем, что функция выделения принадлежит половым органам и, таким образом, вследствие строгого, враждебного телу и морализирующего воспитания мочеиспускание бессознательно связывалось с чем-то запретным и переживалось противоречиво. О том, как тесно связаны эмоции, особенно страх, с опорожнением мочевого пузыря, свидетельствуют выражения подобного рода: «От страха наделать в штаны» или «описаться». Тот, у кого слабый мочевой пузырь, нередко считается слабым или незрелым человеком. Все это означает, что не следует связывать естественные отправления с чем-то омерзительным, что может происходить с человеком.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при урологических заболеваниях

Описание случая: «Я неминуемо попаду под колеса»

Пациентка 38 лет рассказала в первом интервью:

Случайно, еще в 1979 г., было выявлено, что я страдаю повышением и большими колебаниями давления крови. При этом я заметила, что в отпуске и в выходные дни оно было относительно нормальным. Летом 1984 г. у меня появились вдруг интенсивные боли в области правой почки. Я панически боялась болезни и медицинских обследований. Однако, ничто не помогало, оказалось, что функция обеих почек сильно нарушена, о чем я подозревала с 1979 г., но не хотела признавать этого. В конце Рождества 1984 г. произошло ужасное столкновение с моим начальником, подобные психотеррору методы которого, я переживала как великую несправедливость (...).

Пациентка не допускала никаких пауз во время беседы. На замечание, что она обладает способностью на все неприятные события «реагировать почками», ответила:

Можно сказать и так! Многие годы я испытывала давление. С 1977 г. у меня появилось много профессиональных проблем, которые прежде всего связаны с конкурентной борьбой. Я заместитель руководителя службы ухода за больными в одной университетской клинике. Большая часть работы лежит на мне. Это заходит так далеко, что я не могу даже сделать перерыв, чтобы сходить в туалет. С одной стороны, моя начальница ценит мой вклад в работу и время, которое я уделяю этой работе (60 — 70 ч в неделю), с другой стороны, я виновата в любом мелком просчете. Любые конструктивные попытки изменить это частично или полностью пресекались. Работа поэтому перестала удовлетворять меня, и я ощущаю себя несправедливо обиженной. Полемика с профсоюзом. Я уже неоднократно решала изменить в связи с этим свою трудовую деятельность, однако, так и не сделала этого. Партнерские проблемы. Мой партнер не хотел связывать себя обязательствами на долгие годы. Я же искала подтверждения остающейся привязанности...

Актуальным конфликтом больной была ее ситуация на работе, которая отличалась множеством проблем и конкурентной борьбой. Постоянно повторяющиеся и накапливающиеся конфликты приобрели для нее травмирующий характер по принципу «капля камень точит». Агрессивные инстинктивные импульсы вытеснялись вследствие *учтивости* и как скрытая агрессия направлялись против собственного Я. В качестве базового конфликта на первый план выступили амбивалентные отношения мать — дочь. Она рано приняла на себя ответственность за свою мать, так как отец любую эмоциональную слабость со страхом или даже агрессивно отвергал, а мать сознательно использовала ее по своим потребностям (сходить в аптеку, поухаживать за ней).

Введя пациентку в состояние глубокой релаксации, я рассказал ей притчу: «Что случилось, того не воротить». Во-первых, она научилась, по ее словам, различать то, на что она ежедневно может обращать внимание: улавливать сигналы своего тела (опорожнение мочевого пузыря и кишечника), определять микротравматические актуальные способности (например, *справедливость*), признавать свои потребности и контакты помимо работы и снова дать выход своим музыкальным способностям. С другой стороны, она научилась принимать то, что не в ее силах изменить. Базовый конфликт трактовался не как внутриличностный, а как конфликт пациентки с окружающим ее миром названных выше критических актуальных способностей (четыре формы переработки конфликта). Ее скрытая агрессия основывалась на ключевом конфликте между *учтивостью* (см. ч. II, гл. 26) и *прямотой/искренностью* (см. ч. II, гл. 5). Актуальные способности *усердие/деятельность* (см. ч. II, гл. 9) и *справедливость* (см. ч. II, гл. 1) были проработаны на ступени 4. По окончании лечения после 35 консультаций пациентка в числе прочего отметила:

Важно в конечном счете, чтобы мои, к сожалению, все чаще возникающие разногласия с моей начальницей, не принимались бы мною в дальнейшем так близко к сердцу. В поисках смысла жизни и смерти я значительно продвинулась. Несколько дней после нашей последней беседы я очень много думала об этом и могла бы поделиться этим с моим партнером.

Приложение: опросник к урологическим заболеваниям

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии / будущее

- 1) Что действует Вам на почки? Можете ли Вы иногда что-нибудь «упустить»? Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?

- 2) Действует ли Вам на работе что-нибудь «на нервы»? О каких проблемах идет речь? Как Вы их решаете?
- 3) Ограничиваете ли Вы сознательно питье, чтобы не было необходимости часто «исчезать»?
- 4) Регулярно ли Вы принимаете предписанные Вам лекарства? Знаете ли Вы, как они действуют, что Вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?
- 5) Важно ли для Вас контролировать себя и сдерживаться в общении со своими коллегами и сотрудниками?
- 6) Получаете ли Вы в результате Вашего заболевания то внимание окружающих, которое иначе бы не получали?
- 7) Можете ли Вы своим заболеванием «задеть за живое» партнера?
- 8) Принимаете ли Вы всерьез право иметь физические потребности и удовлетворять их?
- 9) Можете ли Вы спонтанно, вдруг дать или подарить человеку что-нибудь ценное для Вас?
- 10) Является ли мочеиспускание с Вашей точки зрения чем-то запретным вследствие близости выделительных и половых органов и в связи с этим переживается противоречиво?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

39. Заболевания зубов и нижнечелюстных суставов

**Способность с помощью кого-то третьего (зубного врача)
открыть, наконец, рот**

Определение

Под *кариесом* понимают процесс гниения, при котором разрушается сначала твердое вещество зуба, а затем и его внутренняя часть.

Пародонтозом называют болезненное состояние зубного ложа, ведущее к расшатыванию зубов.

К *аномалиям прикуса* относят неправильный рост зубов и изменение формы обеих челюстей.

Симптоматика

В далеко зашедшей стадии кариес проявляется острой зубной болью. При воспалительном пародонтите десна болит, отекает и слегка кровоточит. Образуется гной в околозубных тканях. Десна отходит от зуба все дальше и дальше. Зубы расшатываются и выпадают. Аномалии прикуса могут вызывать болезненные ощущения, а также вследствие эстетической ценности безупречного прикуса вести к душевным расстройствам.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Уже 86% первоклассников в западных землях Германии страдают кариесом. В год в Германии пломбируются примерно 90 млн кариозных зубов, 60 млн человек страдают кровоточивостью десен, 20 млн — пародонтозом и 43 млн ставят протез.

В южноевропейских странах почти все взрослые страдают от кариеса зубов. В последние 10 лет в Швейцарии, Дании, Норвегии, Бельгии, Голландии, Швеции и Великобритании в результате профилактических мероприятий частота кариеса снизилась в среднем на 50%. «Отстающие» в этом, как и прежде, Франция, Италия, Греция, Испания и Германия.

Обзор литературы

По *Detmel* (1989), стоматология также подчиняется принципу комплементарности: каждое заболевание имеет соматическую и психическую составляющие.

Биопсихосоциальная концепция *Adler* и *Hembler* (1986) открывает психотерапевтические возможности в практике зубного врача. *Raetzke* (1985) описывает морфологические изменения тканей ротовой полости при стрессе. При непрерывном росте зубов и аномалиях положения челюстей, по мнению *Demmel* и *Lamprecht* (1986), которые ссылаются на *Sergl* (1968) и *Fuchs* (1983), нужно иметь в виду, что эта патология может также обуславливаться или усиливаться психикой.

Пословицы и народная мудрость

Не раскрывать рта; стиснуть зубы; скрежетать зубами; показывать кому-либо зубы; в зубах навязло; прогрызать себе путь.

Притча: «Странник»

См. ч. II, гл. 27.

Аспекты самопомощи: развитие заболеваний зубов и челюстных суставов с точки зрения позитивной психотерапии

При стрессе не только уменьшается образование слюны, но и изменяется ее состав. Защитные факторы слюны человека обнаруживаются при стрессе в значительно меньших концентрациях, чем при спокойном состоянии, в результате чего противодействие кариесу снижается. Депрессии, тревога, различные заболевания и лекарственные препараты также изменяют слюно-образование. Пациент старается переработать конфликты, подключая все силы в сфере разум/деятельность, причем не использует возможности в сферах тело/ощущения, контакты и фантазии. Внимание, которое уделялось своему собственному организму, своему благополучию и уходу за ним со стороны родителей, когда пациент был ребенком, часто было минимальным. Вместо открытого выражения агрессии по отношению к другим предполагались «скрежетание зубами» и закрытый рот. Наряду с функциональным значением безупречный прикус играет большую роль в самооценке. Зубы имеют также значение как оружие (кусаться; показывать кому-либо зубы; раздробить, стереть в порошок; скалить зубы).

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при заболеваниях зубов и челюстных суставов

Описание случая: Что общего между зубной болью и абортom?

Служащая почты 44 лет была направлена ко мне для психотерапии университетской клиникой Майнца в связи с предполагаемым психогенным характером

расстройств. Выяснилось, что она лечилась у разных стоматологов Висбадена и Майнца по поводу изготовления зубного протеза. Каждый раз после установки протеза у пациентки начиналась боль. Боли были настолько интенсивными, что стоматологи неоднократно пытались скорректировать протез. После многочисленных посещений врачей больная обратилась в суд. В университетской клинике возникли те же проблемы. В первом интервью я попытался помочь пациентке выяснить смысл ее болей: вероятно, в последние годы ей многое пришлось пережить, что суммировалось и накапливалось по принципу «капля камень точит». По определенным причинам она не придавала значения этим моментам. Ее сегодняшняя боль была в этом смысле как бы сигналом более глубокой боли. Пациентка быстро среагировала на это предположение. Она рассказала, что в течение 8 лет ее партнером был женатый мужчина, и три года назад она от него забеременела. По его настоятельной просьбе она сделала аборт, хотя внутренне была против этого. Она не отважилась, однако, «открыть рот» из-за страха потерять партнера. Она пыталась, стиснув зубы, скрыть внутреннее напряжение. Вследствие этих переживаний, она не могла больше сконцентрироваться на работе и стала менее общительной. Часто дело доходило до ссор с сотрудниками и соседями. Она находилась в социальной изоляции и больше не знала, что, прежде всего в отношении партнера, ей следует делать. Она решила положиться на время.

Конфликты пациентки были рассмотрены в рамках пятиступенчатой терапии, а их содержательные аспекты — партнерство, в связи с проблемой *справедливости* (ср. ч. II, гл. 1), *учтивость* (ср. ч. II, гл. 26), *искренность* (ср. ч. II, гл. 5), *чувство вины* и угрызение совести на религиозной основе в связи с абортами, проекции и обобщения, были переработаны на 30 встречах в течение 6 мес. Она смогла увидеть взаимосвязь сложностей с изготовлением протезов со своими проблемами соответствия. Ей удалось в процессе психотерапии «наконец-то открыть рот» и распознать свой недуг в системе взаимосвязей (*единство*), а не фиксируясь только на зубе.

Актуальная способность «Единство»

Определение и развитие: способность интегрировать проявление актуальных и базовых способностей, систему ценностей и переживания. Эта психическая целостность является целостностью личности, которая подразумевает способность интегрировать функции, качества и потребности организма, определенного мира и время. В наивысшем развитии она становится «универсальным единством», которое предполагает умение взаимодействовать с разными людьми, социальными группами, способами существования и силами. Целостность личности, которая включает также самовосприятие, зависит от актуальных и базовых способностей и переживаний, связанных с ними.

Как об этом спрашивают: Довольны ли Вы своим внешним видом, состоянием здоровья, своими физическими возможностями? Довольны ли Вы собой, своими качествами и способностями? В чем Вы видите смысл своей жизни: в личном благополучии, семье, в благополучии, например, национальной группы, всего человечества, в лучшем будущем? Есть ли у Вас чувство согласия с самим собой? Есть ли у Вас чувство единения, общности с окружающим Вас миром или Вы противостояте ему? Ощущаете ли Вы, что Ваши родители принимают Вас во всех личностных проявлениях? Если нет, то каким личностным сферам уделяется большее внимание, а каким — меньшее?

Синонимы и расстройства: совместная деятельность, интеграция, идентичность, единоподушие, единение, взаимосвязи, система, универсальность, однотипность, тотальность, синтез, структура, полярность. Утрата единства, дезинтеграция, Я - нарушения, деперсонализация, односторонность, ипохондрическое самонаблюдение, профессия как цель жизни, «бегство» в фантазии, в будущее, пред-рассудки, кризис идентичности, тоталитаризм, идолопоклонство.

Поведение: все, что мы делаем, взаимосвязано со всем тем, что нас окружает, даже если мы не хотим с этим считаться. Возникает множество связующих нитей, которые в ситуации могут приводить к единству. Терапия — это не только устранение нарушения, но и восстановление единства, целостности. Болезнь, горе, кризис - это не универсальные нарушения, а расстройства в отдельных сферах. Научись различать расстройства и способности.

Приложение: опросник к заболеванию зубов и челюстных суставов

Ф.И.О. _____ № _____ Дата _____

Тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии/будущее

- 1) «Показываете ли Вы иногда кому-нибудь зубы?». Можете ли Вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно Вашего заболевания? Что это за пословицы?
- 2) Пользуетесь ли Вы методами успокоения и расслабления, сидя в зубо-врачебном кресле? Побуждает ли Вас к этому стоматолог, помогает ли он Вам в этом?
- 3) Приходится ли Вам «прогрызть себе путь» в профессиональной деятельности? Проявляете ли Вы способность к сопротивлению или «держите язык за зубами»?

- 4) Какие ежедневные «мелочи» в профессиональной деятельности выводят Вас из равновесия: непунктуальность, неаккуратность, нечистоплотность, расточительность, невежливость, неискренность, необязательность, нетерпеливость, недоверие, критика, недостаточное признание и т.д. со стороны сотрудников, коллег, шефа?
- 5) Бойтесь ли Вы за Ваше рабочее место? Приходится ли Вам из-за этого молчать и «стискивать зубы»? Можете ли Вы открыто высказывать свое мнение?
- 6) Доставляет ли Ваша работа Вам удовольствие, безразлична она Вам или Вы ее ненавидите?
- 7) Ощущаете ли Вы себя на профессиональном поприще признанным, переутомленным, недогруженным? Как Вы реагируете при стрессе?
- 8) Обсуждаете ли Вы свои профессиональные проблемы в семье / с партнером? Как реагирует Ваш(а) партнер(ша), Ваша семья? Как влияют Ваши личные проблемы на Вашу работу?
- 9) Что действует Вам / Вашему партнеру «на нервы»: мелкие «штришки», которые накапливаются со временем, а затем «переполняют чашу терпения», или серьезные душевные травмы? Избегаете ли Вы их, «стискиваете зубы», «тянете зуб другому»?
- 10) Испытываете ли Вы вину, когда у Вас появляются агрессивные чувства? «Скрежещете ли Вы зубами» от бессильной злобы?
- 11) Что для Вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?
- 12) Можете ли Вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы (тело/ощущения, профессия/деятельность, контакты, фантазия/будущее)?

III. Приложение

Притча в напутствие

«Человек, вол, собака и обезьяна»

Когда Бог сотворил мир, пришел к Нему человек и сказал: «Ты создал меня человеком; скажи же, как долго предстоит мне жить, как жить, чем питаться и как трудиться». Бог ответил ему «Тебе отпущено жить 30 лет, питаться всем, что не повредит твоему здоровью, а твоей работой будет — владеть всем, что есть на Земле». Человек сказал: «Господи, я благодарю Тебя за хорошую жизнь, которую Ты даришь мне, однако мне мало отведенных лет». Бог ответил: «Иди и сядь в том углу».

Тут пришел вол и спросил Бога: «Господи, ты сотворил меня волом. Скажи, как долго мне жить, как жить, как работать и чем питаться». Бог ответил ему: «Видишь человека, что сидит в углу? Он будет твоим господином. Твоим трудом будет пахать землю и тянуть повозки. Пищей тебе будут трава и солома, и жизни тебе отпущено 30 лет!» Вол сказал Богу: «О Господи, что за жизнь у вола! Возьми немного моих лет обратно». Когда человек в углу услышал это, он подал Богу знак и прошептал: «Возьми от него несколько лет и дай их мне!» Бог улыбнулся и сказал: «Возьми себе 20 лет от вола!» И дал человеку 20 лет воловьей жизни.

Тут пришла собака и сказала: «Господи, ты сотворил меня собакой. Скажи, сколько мне жить, что делать и чем питаться». Бог ответил ей: «Видишь человека в углу? Он будет твоим господином. Ты будешь охранять его дом, его овец и все его владения. Питаться будешь корками хлеба и костями, которые остаются после его еды. И жизни тебе отпущено 30 лет». Собака сказала: «О Господи, что за жизнь у собаки! Забери часть этих лет обратно!» Когда человек в углу услышал это, он подал знак Господу и зашептал: «Возьми их у нее и дай мне!» Бог снова улыбнулся и сказал: «Возьми себе 20 лет от собаки». И теперь человеку причиталось 70 лет, а собаке — 10.

Самой последней пришла к Богу обезьяна и сказала: «Господи, Ты создал меня обезьяной. Скажи, сколько мне жить, чем питаться и что делать?» Бог ответил ей: «Видишь человека, что сидит в углу? Он будет твоим господином. Питаться ты будешь орехами и фруктами. Своими проказами и шалостями ты будешь веселить человека и его детей. Жить тебе 30 лет». Обезьяна сказала: «Ах, Господи, что за жизнь у обезьяны! Забери часть моих лет обратно». Когда человек,

сидевший в углу, услышал это, он подал Богу знак и зашептал: «Возьми у нее годы и дай их мне!» Бог улыбнулся и произнес: «Возьми себе еще 20 лет от обезьяны». Человек приобрел себе еще 20 лет, и стало их у него 90.

И теперь живет человек 30 лет свободной человеческой жизнью. От 30 до 50 лет он живет жизнью вола: как вол, тянет лямку, лезет из кожи вон, чтобы прокормить семью и накопить денег. В 50 он начинает охранять все нажитое, как собака, и так до 70 лет. Он целыми днями бранит всех, споря по любому поводу, ругается и сквернословит. И, наконец, от 70 до 90 лет живет он обезьяньей жизнью, когда все смеются и потешаются над ним, считая его за малого ребенка или обезьяну.

А. Интервальный тренинг

(по Dr. med. N. Peseschkian)

Упражнение занимает мало времени и не требует никакого оборудования; оно может выполняться в любое время и в любом месте, по возможности на свежем воздухе или при открытом окне. Продолжительность около 8—10 мин. Примерно через 8 нед оно заменяется прогулкой на расстояние приблизительно 8 км. Включить спокойную музыку. Выполняйте упражнения в такт музыке (рис.34).

Упражнение 1

Дыхательное упражнение: глубоко вздохнуть, поднимая при этом руки вверх через стороны; выдохнуть, руки свободно бросить; повторить 20 раз.

Это упражнение при желании Вы можете выполнять после каждого из последующих от 3 до 5 раз.

Упражнение 2

1. Вращайте выпрямленными руками вперед.

2. Затем вращайте руками назад. Оставайтесь в положении стоя; повторить 20 раз.

Упражнение 3

Примите позу боксера. Колени остаются выпрямленными, боксируйте попеременно правой и левой рукой, отклоняя при этом туловище назад. Выполняйте бодрее; 20 раз.

Упражнение 4

Наклоны туловища: расставив ноги шире плеч, наклоняйтесь, не сгибая коленей, вперед и дотрагивайтесь правой/левой рукой попеременно носков ног. Оставайтесь при этом в согнутом положении; 20 раз.

Упражнение 5

Снова наклоны туловища: как 4-е упражнение, только после каждого касания носка ног выпрямляйтесь и хорошенько потягивайтесь; 20 раз.

Упражнение 6

Приседания: руки вытяните прямыми вперед и при выполнении упражнения ведите счет: 1 - присесть; 2 — встать; 3 — руки в стороны; 4 — руки опустить вперед; повторить 20 раз.

Упражнение 7

Теперь Вы хорошо разогрелись. Сейчас начинается собственно интервальный тренинг. Начинайте бег на месте, туловище выпрямлено, йоги перемещаются на небольшое расстояние вперед и назад. При этом руки попеременно двигаются спереди вверх-вниз, при движении вниз касаясь ладонями бедер. При выполнении этого упражнения используйте музыку с быстрым ритмом.

Пояснение:

Начните делать упражнение 2 раза в день, утром и вечером, с 80 шагов. Увеличивайте число шагов ежедневно на 10, до тех пор, пока утром Вы будете делать 500 шагов, а вечером — 250. Если Вам покажется необходимым, утром после 250 шагов Вы можете делать паузу, выравнивая при этом дыхание, а затем продолжайте бег на месте.

Упражнение 8

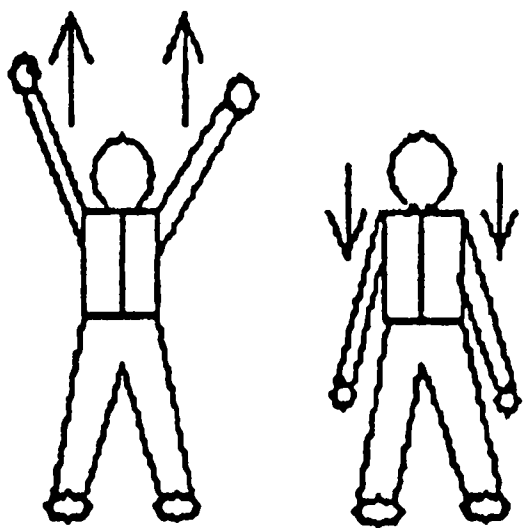
Пауза: после этого тренинга необходим активный отдых: 2-3 мин просто ходите, поднимая и опуская руки. При этом вдох делайте через нос, выпускайте воздух через рот с шумом. Делайте это на фоне спокойной музыки.

Б. Релаксационный тренинг

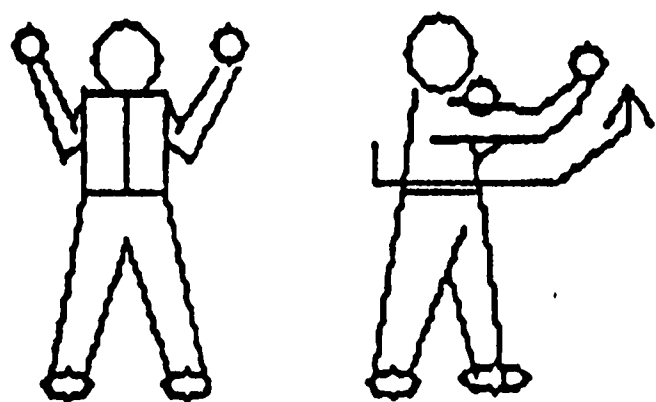
В дифференциальном анализе использовалась модифицированная форма ауто-суггестивного релаксационного тренинга, при которой изначально были воссоединены три разделенные ступени: покой — тяжесть — тепло.

«Сейчас Вы очень удобно лежите на кушетке. Ваши руки совершенно спокойно лежат слегка согнутыми вдоль Вашего тела. Ваши ступни расслаблены, носки смотрят врозь. В этом расслабленном состоянии сконцентрируйтесь на том, что я Вам говорю. Слово обладает мощной возможностью воплотиться в жизнь. Ваши руки и ноги становятся совершенно спокойными и тяжелыми (6 раз). Чувство тяжести становится все интенсивнее и распространяется по всему телу. Все Ваше тело от головы до ног, вплоть до самых малых клеточек кожи все лучше и лучше кровоснабжается и насыщается питательными веществами. Благодаря усиленному

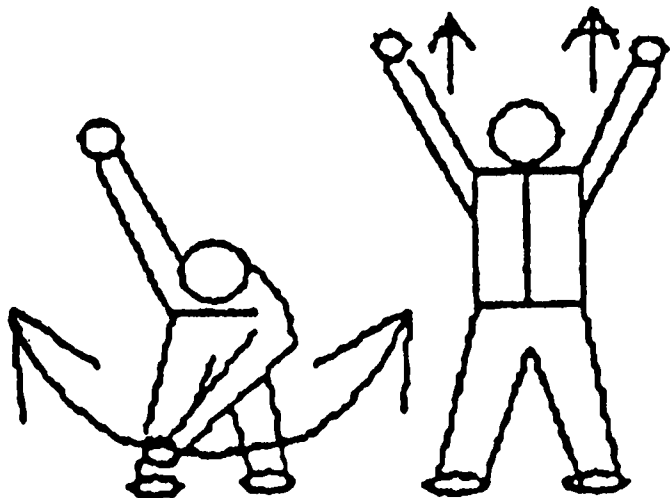
Упражнение 1.



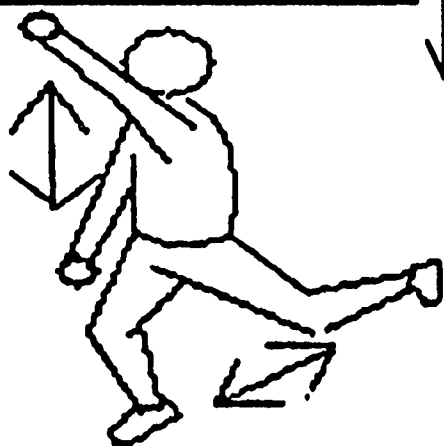
Упражнение 3.



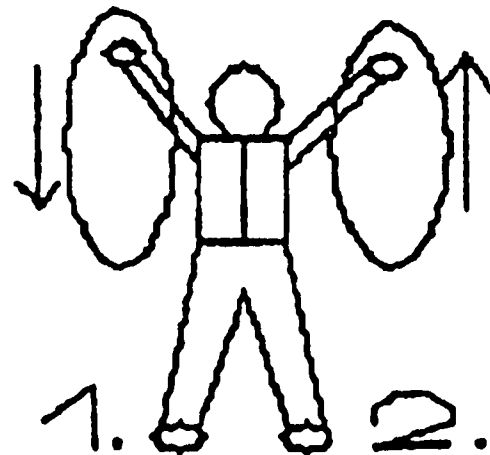
Упражнение 5.



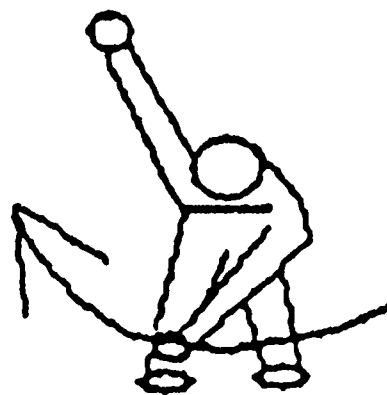
Упражнение 7.



Упражнение 2.



Упражнение 4.



Упражнение 6.

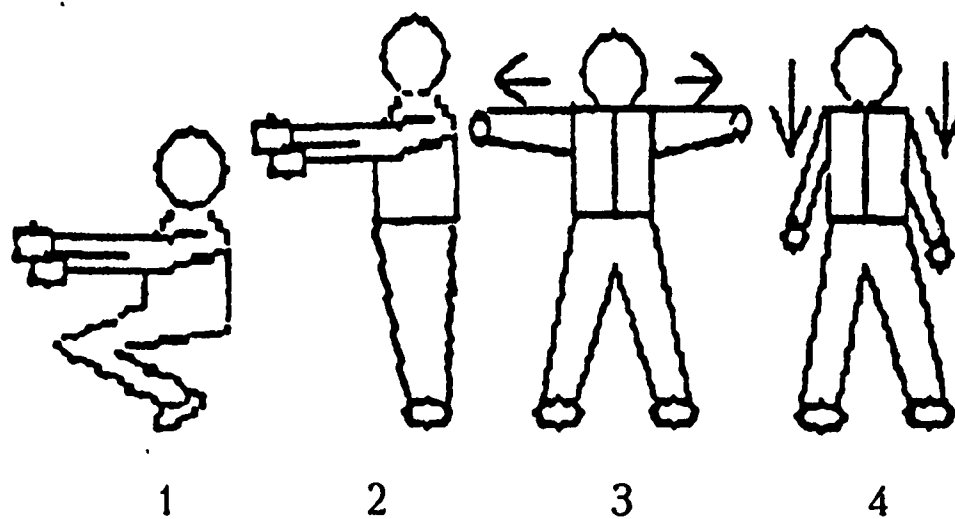


Рис. 34. Интервальный тренинг

кровообращению все Ваше тело отдыхает. Напряжение в Вашем теле все уменьшается. Ваше тело теперь совершенно спокойное, тяжелое и приятно теплое. Тепло наполняет все Ваше существо и овладевает каждой клеточкой Вашего организма. Покой — Тяжесть — Тепло. Любое давление и напряжение медленно и постепенно исчезают. Вы спокойны и расслаблены. Обратите внимание на чувство расслабления и постарайтесь достигнуть того, чтобы это расслабление распространилось на все тело. В этом расслабленном состоянии направьте свое внимание на следующие слова: *Научись различать учтивость и прямоту*. Вы думаете о своей учтивости и своей искренности. (Пациент остается в этом расслабленном состоянии около 10 мин.)

Сейчас Вы снова слышите мой голос. Мы подходим к концу нашего тренинга. Когда я досчитаю до шести, Вы проснетесь и будете бодры и свежи: на 1 — сила в ногах, пожалуйста, слегка пошевелитесь. На 2 — сила в руках, пожалуйста, слегка пошевелитесь. На 3 — сила в руках и ногах. На 4 — Вашу правую руку — вверх, Вашу левую руку — вверх. На 5 — глубоко вдохнуть, выдохнуть. На 6 - открыть глаза, Вы проснулись, Вы бодры и свежи...»

Пациентам, которые не могут достаточно хорошо расслабляться, рекомендуется начинать в стиле аутогенной тренировки по *Schultz (1970)* с упражнений на достижение ощущения покоя в руках и ногах.

Релаксационный тренинг может быть начат с дыхательно-терапевтических мероприятий (например, 6 раз вдохнуть, задержать воздух, выдохнуть). Для усиления суггестивного воздействия отдельные фразы могут повторяться несколько раз (медленно и с акцентом на них). «Психосыворотка» применяется не только в психотерапии, при которой пациент хотя бы раз прошел через тренинг по *Jacobson* или аутогенную тренировку и обучался применению «психосыворотки», а также, благодаря ей, пациент может помогать себе сам в промежутках между терапевтическими беседами.

Очень хорошие результаты я получал и тогда, когда записывал релаксационный тренинг для пациентов на кассету, чтобы они могли прослушать ее дома. У некоторых пациентов достичь хорошей релаксации помогает сопровождающая приятная музыка. Применение психосыворотки должно быть ограничено во времени, чтобы избежать возможного преждевременного пресыщения ею и перегрузки.

В. Прогрессивная мышечная релаксация

(по Jacobson, 1938)

(Этот текст Вы можете записать на аудиокассету, попросив прочитать его для записи другого человека. Темп прочтения Вы можете выбрать сами, выполняя одновременно соответствующие упражнения. Напрягайте мышцы так сильно, что-

бы Вы отчетливо ощущали напряжение мускулатуры, не испытывая, однако, при этом боли.)

Пожалуйста, сядьте поудобнее; Ваши руки положите на живот или бедра. Если Вы лежите, руки покоятся вдоль Вашего тела... Вы слышите мой голос... Посторонние звуки воспринимаются все равнодушнее. Вы дышите спокойно и равномерно и расслабляетесь, насколько Вы можете...

А теперь сконцентрируйтесь на Ваших ступнях и ногах... Если Вы сидите, поднимите обе ноги так, чтобы колени были полностью согнуты (лежа согните ноги только в коленях), а теперь подтяните носки ног в направлении лица... Подтяните их как можно больше, осознавая напряжение... А теперь расслабьте стопы и ноги, как будто Вы «бултыхнули мокрый мешок» и теперь испытываете совсем другое ощущение в ногах и стопах, это ощущение расслабления (пауза около 30 с)...

Пожалуйста, повторите упражнение: снова согните обе ноги и обе стопы... (и т.д.)

Вторая группа упражнений начинается так же, как и первая: снова поднимите обе ноги до тех пор, пока колени не будут согнуты до предела; на этот раз носки ног оттяните в направлении от лица, к полу... Почувствуйте иное напряжение в мышцах ног и стопах... И расслабьтесь... Повторите это еще раз очень быстро и получите удовольствие от расслабления...

Пожалуйста, повторите упражнение: снова поднимите обе ноги... (и т.д.)

Теперь сконцентрируйтесь на Вашей тазовой мускулатуре. Напрягите ее и удерживайте это напряжение некоторое время... И расслабьте, отпустите мышцы очень быстро... (пауза около 30с)...

Пожалуйста, повторите упражнение... (каждое упражнение повторяется еще раз; в дальнейшем в тексте это больше не упоминается).

Мышцы живота напрягайте следующим образом: сначала выпячивая брюшную стенку так, чтобы она была совсем твердой... теперь втяните живот, напрягая его таким образом, удерживайте напряжение... и еще раз выпятите живот... А теперь расслабьтесь, полностью расслабьтесь... и отчетливо ощутите это расслабление... Возможно, Вы испытываете те же ощущения, что и после чудесного, приятного массажа...

Теперь сконцентрируйтесь на мускулатуре спины (осторожно при грыжах межпозвонкового диска и других ортопедических проблемах; посоветуйтесь со своим врачом!)... Медленно прогнитесь, ощутите напряжение во всей спине... расслабьтесь... Если хотите, Вы можете не только ощутить расслабление, но и получить от этого удовольствие...

Теперь напрягаем мускулатуру грудной клетки. В порядке исключения Вы можете сейчас один раз глубоко вдохнуть (через нос) «неправильно» (только в грудную клетку)... Задержите дыхание и почувствуйте напряжение... А теперь расслабьтесь снова: выпустите воздух, Ваше дыхание сейчас ровное и спокойное, незаметное для Вас...

Сконцентрируйтесь теперь на своих плечах. Напрягайте мышцы плеч, поднимая их как можно выше, пока голова совсем не окажется между плечами... Отведите плечи вперед... а теперь назад; почувствуйте это напряжение очень отчетливо... и расслабьтесь снова... Вы освободили все свои мышцы и можете снова вкушать приятное расслабление...

Теперь очередь шейной и жевательной мускулатуры (следующее упражнение выполняйте, пожалуйста, только в замедленном темпе; осторожнее при ортопедических проблемах, см. выше!). Пожалуйста, медленно отклоните голову назад... медленно поворачивайте ее круговым движением вправо так, чтобы правое ухо легло на правое плечо... затем вращайте дальше вперед, пока подбородок не будет прижат к груди... и дальше через левое ухо... и снова по кругу назад, возвращая голову в исходное положение... А теперь по кругу вращаем ее в обратную сторону через левое ухо... через прижатый к груди подбородок... и через правое ухо... в исходную точку... А затем расслабьтесь, полностью расслабьтесь. В положении сидя голова снова находится в удобном и расслабленном положении, в позе лежа она свободно покоится на подушке...

Теперь напрягите свою лицевую мускулатуру как можно сильнее: сожмите крепко зубы, зажмурьте глаза и наморщите лоб... И расслабьтесь, расправьте лоб, а также малые мышцы вокруг рта и глаз. Язык совершенно свободно лежит во рту, челюсть полностью расслаблена...

Сконцентрируйтесь теперь на своих руках. Вытяните их вперед, как будто хотите что-то потрогать впереди. Вы чувствуете напряжение в руках, включая и плечи, растопырьте пальцы и разведите кисти рук... вытяните, растопырьте, разведите... и расслабьте, дайте свободно упасть своим рукам, просто бросьте их... почувствуйте расслабление...

Последняя группа упражнений также для рук. Сожмите пальцы в кулаки, медленно сгибайте руки в локтях, плотно прижмите кулаки к верхней части грудной клетки, почувствуйте напряжение в мышцах рук, включая плечи... и расслабьте, опустите руки... руки снова лежат свободно, почувствуйте расслабление... (последнее упражнение, как и все предыдущие, повторите).

А теперь, после этого заключительного упражнения Вы можете некоторое время оставаться в состоянии физического расслабления и наслаждаться им... (в этот момент Вы можете проговорить и «визуализировать» заранее выбранную «психосыворотку» - см. «Релаксационный тренинг — или Ваши намерения, как при аутогенной тренировке»).

Мы подходим к окончанию тренинга. Оставляйте глаза закрытыми, пока я буду считать от 1 до 5. На каждый счет делайте глубокий вдох и выдох, на счет 5 откройте глаза, потянитесь и Вы почувствуете себя бодрым и свежим, в полном сознании возвращаясь в состояние бодрствования...

Теперь я начинаю считать: 1... 2... 3... 4... 5... откройте глаза! Вы свежи, бодры и активны. Повращайте теперь, пожалуйста, пару раз руками... (а если Вы лежали, медленно поднимите верхнюю половину тела и спустите ноги на пол); теперь еще раз повращайте руками... затем медленно встаньте и пройдитесь по комнате. Двигайтесь энергичнее... упражнение окончено.

Г. Три стадии взаимодействия в позитивной психотерапии		
Позитивный процесс	Содержательный процесс	Пятиступенчатый процесс
Позитивный аспект Каждый человек обладает определенными возможностями; каждое заболевание или нарушение выполняет для пострадавшего и его социального окружения определенную функцию, т.е. имеет свои положительные стороны. От симптома мы приходим к конфликту: любое поведение имеет много значений Транскультурный аспект Мы особо выделяем его в связи с тем, что транскультурная точка зрения также предоставляет возможности для понимания индивидуальных конфликтов: самовосприятие и восприятие других Речевые аспекты Благодатной почвой для мобилизации ресурсов пациента вместо углубления в старые, как мир, проблемы являются притчи и народная мудрость. Они могут быть предложены терапевтом в качестве контрконцепции: истории – сказки – мифы – сравнения – пословицы – цитаты – этимология – язык органов	Четыре формы переработки конфликта Они позволяют выяснить сложившуюся концепцию заболевания. Если односторонность форм переработки конфликтов рассматривать как ограничение отношения к реальности, то эта модель позволяет контролировать и расширять это отношение к реальности Актуальные способности Они являются психосоциальными нормами, передачу которых осуществляет семья и которые определяют правила совместной жизни для членов семьи. В семейной терапии они исследуются при помощи дифференциально-аналитического опросника (ДАО). Последний отражает содержание индивидуальных семейных и социальных конфликтов Четыре модели для подражания Они относятся к истории жизни семьи пациента и служат направляющей линией при анализе событий прошлого	Альтернативная терапия Пять ступеней позитивной психотерапии: 1 – наблюдение / дистанцирование 2 – инвентаризация 3 – ситуативное поощрение 4 – вербализация 5 – расширение системы целей Пять ступеней основополагающей модели служат примером тому, как могут взаимодействовать различные психотерапевтические направления. Здесь существует широкий спектр возможностей: – элементы психоаналитической процедуры (Freud) – техники поведенческой терапии (Wolpe, Innerhofer, Eysenck) – методы недирективной терапии (Rogers, Tausch) – индивидуальная психология (Adler, Dreikurs) – гештальттерапия (Perls) – транзактный анализ (Bern, Harris) – аналитическая психология (Jung) – логотерапия (Frankl)

Список литературы

- Adler R, Hemmler W* (1986) Praxis und Theorie der Anamnese. Fischer, Stuttgart
- Akerblom HK* (1989) Zit in: Ärzte Zeitung Nr. 228. Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg
- Alexander F* (1993) Functional disturbances. JAMA 100: 469-473. Zit. in: Schüffei u. Uexküll: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: Uexküll T von (1986): 523-534
- Alexander F* (1934) The influence of psychological factors upon gastrointestinal disturbances: a symposion. General principles, objectives and preliminary results. Psa Qu 3: 501-539. Zit. in: Schüffei u. Uexküll: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: Uexküll T von (1986): 523 — 534
- Alexander F* (1971) Psychosomatische Medizin. De Gruyter, Berlin
- Allgemeiner Deutscher Automobilclub* (1984) ADA-Studie. Zit. in: Wochenpost, 5. Juni 1986
- Amery J* (1979) Hand an sich legen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Ammon A* (1987) Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. Dyn Psychiatrie 20/1 und 2
- Angermeier WF, Peters M* (1973) Bedingte Reaktionen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Arnold OH, Eysenck J, Meili R* (1976) Lexikon der Psychologie, 3 Bde. Herder, Freiburg Basel Wien
- Arnold R* (1982) Pathogenese des Ulcus duodeni. In: Blum AL, Siewert JR (Hrsg) Ulcus-Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ärzte Zeitung* (1989) Nr. 224. Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg
- Auerswald EH* (1973) Interdisziplinärer oder onkologischer Ansatz. In: Sager CJ, Kaplan HS (Hrsg) (1973), Bd 2: 375-388
- Baha'i: Der Nationale Geistige Rat der Baha'i in Deutschland* (Hrsg) (1985) Ba-ha'i-Erklärung zum Frieden. In: Die Verheißung des Weltfriedens. Baha'i-Verlag, Hofheim
- Bahnon N* (1969) Psychological complementary in malignancies: past work and future vistas. Ann New York-Acad Sci 164: 319 — 334
- Balint M* (1970) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Bartrop RW et al.* (1979) The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: a critical review. Psychosomatic Medicine 41: 147-164
- Basler HD, Schwoon D* (1977) Verhaltenstherapie bei Adipösen. In: Freyberger H (Hrsg) Psychosomatik des Kindesalters und des Erwachsenen. Klinik der Gegenwart, Bd XI Urban & Schwarzenberg, München
- Bateson G* (1969) Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Battegay R* (1970) Die psychosomatische Krankheit als Phänomen der Gruppe. Vortrag: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin 22. — 24.5.1970
- Battegay R* (1979) Narzißmus in seiner physiologischen und psychologischen und psychopathologischen Dimension. In: Zeitschrift für Positive Psychotherapie, Wiesbaden 1: 7-24
- Battegay R* (1981a) Angst als Ausdruck des gesunden und gestörten Seelenlebens. In: Der informierte Arzt, Jhg. 9, Nr. 5: 12
- Battegay R* (1981b) Sucht und Depression — Wege und Irrwege des Problemlösungsverhaltens. Psychosomatic Medicine 10: 69 — 80
- Battegay R* (1981c) Grenzsituationen. Huber, Bern Stuttgart Wien

- Battegay R* (1982) Die Hungerkrankheiten. Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen. Huber, Bern
- Battegay R* (1986) Psychoanalytische Neurosenlehre. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Battegay R, Benedetti G, Rauchfleisch U* (1977) Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Battegay R, Glaizel J, Pöldinger W, Rauchfleisch U* (1984) Handwörterbuch der Psychiatrie. S. 340-344. Enke, Stuttgart
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung* (1989) Arbeit und Streß. Nach: Müller-Limmroth W 1) (1978) Arbeitsphysiologische Aspekte des Streß und Disstreß an modernen Arbeitsplätzen. ILO-Symp., Istanbul; 2) (1979) Die Beeinträchtigung der Leistung durch Stressoren am Arbeitsplatz. In: Therapiewoche 29, 32: 4948-4952; 3) (1981) Streß, Streßreaktionen, Stressoren, Disstreß. In: Schmidtke H (Hrsg) Lehrbuch der Ergonomie. C, Hahser, München Wien; 4) (1974) Streß und Strain am Arbeitsplatz. In: Arbeitsmed — Sozialmed — Präventivmed. 9 (10): 209 bearbeitet von Schug R
- Beck D* (1970) Das Gallensteinleiden unter psychosomatischem Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Benedek Á* (1964) Über Orgasmus und Frigidität. Jb Psychoanal 3: 11 -29
- Benedetti G* (1983a) zit in: Peseschkian N (1983)
- Benedetti G* (1983b) Einführung in die Psychodynamik der Depression. In: Benedetti G, Corsi T, D'Alfonso L, Elia C, Medri G, Saviotti M (1983) Psychosentherapie. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen. Hippokrates, Stuttgart
- Benedetti G* (1984) Die umweltbedingten Depressionen. Zeitschrift für Positive Psychotherapie, Wiesbaden 6: 18 — 35
- Berger W, Gries FA, Koschinsky T, Toeller M* (1984) In: Siegenthaler W, Kaufmann W, Hornbostel H, Waller HD (Hrsg) Lehrbuch der inneren Medizin. Thieme, Stuttgart
- Bibring E* (1953) The mechanism of depression. In: Greenacre P (ed) (1953) Affective disorders. Int Univ Press, New York: 13 — 48
- Biermann R* (1990) Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd V. Ernst-Reinhardt, München
- Biermann R, Biermann G* (1988) Die Angst unserer Kinder im Atomzeitalter. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Bischof F, Hermann JM* (1986a) Adipositas. MMW 128: 22
- Bischof F, Hermann JM* (1986b) Multiple Sklerose. MMW 128: Nr. 24
- Bleuler E* (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. neubearbeitet von Bleuler M. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Bleuler M* (1954) Endokrinologische Psychiatrie. Thieme, Stuttgart
- Booth G* (1948) Psychodynamics in parkinsonism. Psychosomatic Medicine 10: 1 — 14
- Borbley A* (1989) Das Geheimnis des Schlafes. Therapiewoche 39, 21: 1478
- Borelli S* (1967) Psyche und Haut. In: Borelli S (Hrsg) Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Bosse Ê* (1986) Psychosomatische Gesichtspunkte in der Dermatologie. In: Uexküll T von (Hrsg) (1986): 1016-1037
- Bräutigam W* (1954) Über die psychosomatische Spezifität des Asthma bronchiale. Psyche 8: 481 -524
- Bräutigam W* (1968) Reaktionen — Neurosen — Psychopathien. Thieme, Stuttgart
- Bräutigam W, Christian P* (1973) Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart
- Bräutigam W, Knauss W, Wolff HH* (Hrsg) (1983) Erste Schritte in der Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Brogese CH, Lenmark A* (1982) Islet Cell Antibodies in Diabetes. In: Johnston DC, Alberti KGMM (eds) Clinics in Endocrinology and Metabolism 11: 409-430

- Brownell KB, Kelman JH, Stunkard AJ* (1983) Treatment of obese children with and about their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics* 71: 515-523
- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung* (Hrsg) (1989) *Gesundheit im Gespräch*. Bonn
- Nahn T* (1975) Eine standardisierte Bewertung von psychischen Funktionen bei Alterspatienten. Dissertation, Basel
- Cannon WB* (1953) Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. An account of the recent researches into the function of emotional excitement. Branford, Boston
- Christian P* (1959) Atmung. In: Frankl VE, Gebattel VE von, Schultz JH (Hrsg): *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd II. Urban & Schwarzenberg, München Berlin: 517 — 530
- Cobb S* (1974) Physiologie Changes in Men where Jobs were abolished. *J Psy-chosom. Res* 18: 245
- Cocherane R* (1971) High Blood pressure as a psychosomatic disorder: A selective review. *Brit J Soc Clin Psychol* 10: 61
- Cooper D* (1972) *Der Tod der Familie*. Rowohlt, Reinbek
- Cremerius J* (1955) Rheumatische Muskel- und Gelenkerkrankungen als funktionelles Geschehen. *Psychosomatic Medicine* 1: 173—181
- Croen JJ, De Loos WS* (1973) Psychosomatische aspekten von diabetes mellitus. De Erven Bohn BV, Amsterdam
- Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P* (1983) Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 13: 573 — 577
- Danesh HB* (1985) Die gewaltlose Gesellschaft: ein Geschenk für unsere Kinder. In: Dostar F (Hrsg) (1985) *Das Modell des Friedens — Ausweg aus der Krise*: S 177 — 243. Horizonte in Poseidon Press, Wien
- Deidenbach H* (1978) *Verhaltensanalytische Arbeit mit Familien*. E. B. Kyrier, Sonderheft 1. Eigenverlag, Frankfurt am Main
- Deidenbach H* (1990) *Zur Psychologie der Bergpredigt*. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Demmel HJ* (1989) Psychotherapeutische Möglichkeiten in der zahnärztlichen Praxis. *Prax Psychother Psychosom* 34: 214 — 219
- Demmel HJ, Lamprecht F* (1986) Psychosomatische Zahnheilkunde. In: Uexküll T von (1986): 1072-1078
- Denning H* (1954) *Lehrbuch der inneren Medizin*. Thieme, Leipzig
- Dethlefsen T, Dahlke R* (1983) *Krankheit als Weg*. Bertelsmann, München
- Deutsche Parkinson-Vereinigung* (DPV) (1988) PK Merz
- Diener HN* (1989) Migränetherapie. *Neurologie, Psychiatrie* 3: 335 — 348
- Doman G* (1989) *The Lancet* 8664: 643-645
- Drees A* (1976) Konfliktbearbeitung, Beratung und Psychotherapie in Dialyse-Einrichtungen. *Gr Ther Gr Dy* 11: 150-157
- DSM-III-R* (1989) Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. Beltz, Weinheim Basel
- Dükrssen A* (1981) Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dundar F* (1948) Mind and body: psychosomatic medicine. Random House, New York. Zit. in: Bräutigam W, Christian P (1973): 102
- Dunbar F, Wolfe TP, Rioch JK* (1936) Psychiatric aspects of medical problems: The psychic component of the disease process (incl. Convalescence) in Cardiac, Diabetic and Fracture Patients. *Am J Psychiatry* 93: 649 — 679

- Eaker ED, Feinleib M* (1983) Psychological factors and ten-year incidence of cerebrovascular accident in the Framingham Heart Study. *Psychosomatic Medicine* 45: 84
- Ehrström. MC* (1951) Medical investigation in north Grönland. *Acta Med Scand* 140: 239. In: Jores A (Hrsg) (1981): 128
- Engel GH, Reichmann F, Segal HL* (1956) A study of an infant with gastritic fistula: I. Behaviour and the rate of total HCI secretion. *Psychosomatic Medicine* 18: 374
- Engel GL* (1958) Studies of ulcerative colitis: V. Psychological aspects and their implications for treatment. *Amer J Dis* 3: 315
- Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH* (1984) Understanding and improving patient compliance. *Annals Internal Medicine* 100: 217 — 268
- Erikson EH* (1971) *Kindheit und Gesellschaft*. Klett, Stuttgart
- Fain M* (1951) Le facteur conflictuel dans l'étiologie des ulcères gastro-duodénaux. *Rev franc Psychoanal* 15: 344
- Farmer R, Micliener W, Mortiner E* (1980) Studies of family history among patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol* 9: 271 — 278
- Feinstein AR* (1983) An additional basic science for clinimetrics. *Annals Internal Medicine* 99: 43-848
- Ferber A, Ram J* (1973) Wie man bei der Familientherapie Erfolg hat: Setze erreichbare Ziele, stelle lösbare Aufgaben. In: Sager CJ, Kaplan HS (Hrsg) (1973): 418-456
- Fichter MM, Weyerer S, Sourdi L, Sourdi Z* (1983) The epidemiology of anorexia nervosa: a comparison of greek adolescents living in Germany and greek adolescents living in Greece. In: Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DV (eds) *Anorexia Nervosa. Recent Developments in Research*: 95 — 105. AR Liss, New York
- Fichter M, Keeser W* (1980) Das Anorexia-nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Arch Psychiatr Nervenkr* 228: 67-89
- Fischer G* (1983) Aspekte der Krankheitsbewertung bei älteren Menschen. Eine Untersuchung aus der Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 59: 1275—1280
- Fischer PA* (1981) *Parkinson-Syndrom. Diagnose, Verlauf, Therapie*, Wander, Nürnberg
- Frankenberger E* (1985) *Gott-Bekenntnisse großer Naturforscher*. Johannes, Leutesdorf
- Frankenhaeuser M, Lundberg LL, Forsmann L* (1978) Note on arousing type-1 persons by depriving them to work. Reports from the department of psychology. University of Stockholm No. 529
- Freud A* (1965) *Wege und Irrwege der Kinderentwicklung*. Zit in: Peseschkian N (1977a) *Positive Psychotherapie*. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Freud S* (1942) *Gesammelte Werke*, Bd V, S 20 ff, London. In: Kemper J (1989): 58
- Freud S* (1956) *Abriß der Psychoanalyse*. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Frey D* (1986) Schuld wichtiger als Verletzung. Zit. in: Wingen Ê (1986) *Wiesbadener Kurier* März 1986
- Freyberger H* (1981) Die Psychosomatik bei Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege. In: Jores A (Hrsg) (1981): 176-186
- Fries JF* (1983) The assessment of disability from first to future principles. *Brit J Rheumatology* 22 (Supl.): 48-58
- Fuchs M* (1983) Funktionelle Entspannung bei kieferorthopädischen Problempatienten. *Fortschr Kieferorthop* 44: 48
- Gerlinghoff M, Backmund H* (1989) *Magersucht. Anstöße für eine Krankheitsbewältigung*. TRI-AS Thieme Hippokrates Enke, Stuttgart

- Giele U, Stangier U, Ernst A* (1987) Psychosomatische Behandlung im Rahmen der klinischen Therapie von Hautkranken. In: Boss KA, Gieler U (Hrsg) (1987) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Gorgaß B, Ahnefeld FW* (1989) Rettungsassistent und Rettungssanitäter. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Gösch A* (1990) Wirksame AIDS-Prophylaxe-Welche Maßnahmen, welche Zielgruppen? Report Psychologie, April 1990: 20 — 23
- Grace WJ, Graham DT* (1952) Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. Psychosomatic Medicine 14: 243
- Grafen U, Schmidt J, Amen I* (1988) Angst. Eine Serie. In: Ärzte Zeitung ab Nr. 211 (7.12.88). Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg
- Graham DT, Wolf S* (1950) Pathogenesis of urticaria. Experimental study of life situations, emotions and cutaneous vascular reactions. J Amer med Ass 143: 396
- Greene WA* (1966) The psychological setting of the development of leukemia and lymphoma. Annals of the New York Academy of Science, vol 125, January
- Groddeck G* (1961) Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. Limes, Wiesbaden
- Groen JJ, Prick J, Bastiaans J* (1967) Psychosomatic aspects of multiple sclerosis. Acta Med Psychosom 67: 3 — 6
- Groen JJ, Van Der Valk JM, Ben-Ishay D* (1971) Psychological factors in the pathogenesis of essential hypertension. Psychother Psychosom 19: 1
- Grossarth-Maticck R* (1980) Krebsforschung: Mit halber Kraft voraus! Psychologie heute 2: 72-. Beltz, Weinheim
- Günay E* (1989) Bericht auf der 31. Arbeitstagung des Deutschen Kolloquiums für psychosomatische Medizin in Gießen. Zit. in: Die Neue Ärztliche 221
- Habermas J* (1963) Eine psychoanalytische Konstruktion des Fortschritts. Merkur XV 22: 1105 ff
- Hadden JW* (1989) 3rd Interscience world conference on inflammation, antirheumatics, analgesis, immunomodulators. Monte Carlo. In: Therapiewoche, International 39: 6 — 7
- Haley H* (1973) Familientherapie. In: Sager CJ, Kaplan HS (Hrsg) (1973), Bd 3: 318-328
- Hamm H* (Hrsg) (1986) Allgemeinmedizin, Familienmedizin. Thieme, Stuttgart New York
- Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein L, Chape C, Schull W, Schork MA* (1973) So-cioecological stress, suppressed hostility, skincolor and black-white male blood pressure. Psychosomatic Medicine 35: 4
- Hartmann H* (1972) Ich-Psychologie. Klett, Stuttgart
- Hauss K, Dentler P, Neidenbach N, Stefemann H, Völkel H* (1981) Medizinische Psychologie im Grundriß. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich
- Heigl F* (1978) Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen. In: Kemper J (1989): 58
- Heim E* (1989) Krankheit als Krise und Chance, mgv, München Landsberg am Lech: 28 f.
- Heinrich E* (1984) Öffentlichkeit und «reine Lehre» in der Psychiatriegeschichte. In: Jahres- und Tagungsbericht der Görresgesellschaft 1984
- Herrmann JM* (1986) Asthma bronchiale. MMW 128: 17
- Herrman JM, Rassek M, Schäfer N, Schmidt TH, Uexküll T von* (1986) Essentielle Hypertonie. In: Uexküll T von (1986) Essentielle Hypertonie. In: Uexküll T von (1986): 715-742
- Herrman JM, Heymann F von* (1986) Infektionskrankheiten. In: Uexküll T von (1986): 879-888
- Hess WR* (1948) Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems. Schwabe, Basel
- Heyck H* (1964) Der Kopfschmerz. Differentialdiagnose und Therapie für die Praxis. Thiems, Stuttgart

- Hinkle ÅÅ, Wolf S* (1952) Importance of life stress in course and management of diabetes mellitus. JAMA 148: 513-520
- Hinterhuber H* (1987) Transkulturelle Psychiatrie. ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) 63/35 und 36: 1047
- Hislop JG* (1980) The effort of very brief psychotherapy on the irritable bowel syndrome. Med J Aust 2: 620-622
- Hodapp V, Weyer G* (1982) Zur Streß-Hypothese der essentiellen Hypertonie. In: Vaitl D (Hrsg) Essentielle Hypertonie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hoff H, Ringel E* (1964) Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin. Jolis, München
- Holmes TH, Rahe RH* (1967) The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research 11, Nr. 2: 213 — 218
- Holmes TH, Wolff HG* (1952) Life situations, emotions and backache. Psychosomatic Medicine 14: 18 — 33
- Holub W, Holub N* (1988) AIDS ... careful scientific scrutiny provides a totally different view. American clinical Laboratory 5/1988
- Huber G* (1981) Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart
- Innerhofer P* (1978) Interaktionsanalyse. Eine Methode zur Diagnostik von Paarbeziehungen. Max Planck-Institut für Psychiatrie, Psychol Abt, München
- Jacobson E* (1938) Progressive relaxation. Chicago Univ Press, Chicago
- Jankovic D* (1989) Kummer schwächt das Immunsystem. Zit in: Medical Tribune 3:35
- Janzarik W* (1959) Dynamische Grundkonstellation in endogenen in Psychosen. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg (Monographien «Gesamtgebiet Psychiatrie»)
- Jaspers Ê* (1948) Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Jellinek EM* (1960) The disease concept of alcoholism. Hillhouse, New York
- Johannsen A* (1984) Persönlichkeit und Körperschema von Patienten mit Störungen im gastrointestinalen und kardiovaskulären Bereich. Diagnose-Instrumentarium und Kurzzeitherapie. Dissertation, Hamburg
- Jores A* (Hrsg) (1981) Praktische Psychosomatik. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Jork Ê* (1988) Der ältere Patient in der Praxis. Klinikum der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität, Institut für Allgemeinmedizin. Refer. Geriatr Arbeitskreis
- Junker H* (1972) Ehepaargruppentherapie mit Patienten aus der oberen Unterschicht. Psyche 26: 541 -556
- Kaplan de-Nour A* (1984) Persönlichkeitsfaktoren und Adaption. In: Balck FB, Koch U, Speidel H (Hrsg) Psychonephrologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Kaplan HS, Langer D* (1979) Sexualtherapie, ein neuer Weg für die Praxis. Enke, Stuttgart
- Karasu TB* (1979) Psychotherapy of medically ill. Am J Psych 136: 1-11
- Kemper J* (1989) Was heißt altern? Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte. Pfeiffer, München
- Keys A* (1970) Coronary heartdisease in seven countries. Circulation (Suppl. 1) 4: 138-144
- Kinsey AC* (1965) Das sexuelle Verhalten des Mannes. Kinsey Report. Fischer, Berlin Frankfurt am Main
- Kinzl J* (1989) Akt Ernähr 14: 22
- Kissen DM* (1967) Psychological factor, personality and lung cancer in men aged 55-64. Brit J Med Psychol 40: 29
- Klein HE* (1989) Vortrag auf dem 29. Internationalen Neuropsychiatrischen Geriatrie-Symposium, Pula/Jugoslawien. Current Congress Summaries, Köln
- Kleinsorge H, Klumbies G* (1959) Psychotherapie in Klinik und Praxis. Urban & Schwarzenberg, München Berlin Wien

- Klußmann R* (1986) Psychosomatische Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Kohle K., Simons A* (1986) Anorexia nervosa. In: Uexküll T von (1986): 600-640
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften* (1989) Europa gegen den Krebs. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxembourg
- Kornitzer MF, Kittel F, Dramaix M, DeBacker G* (1982) Job stress and coronary heart disease. *Adv Cardiol* 29: 56-61
- Kraepelin E* (1904) Lehrbuch der Psychiatrie. Barth, Leipzig
- Kraus A* (1974) Störungen der Wahrnehmung und des Leiberlebens beim Parkinsonismus. *Nervenarzt* 45: 639 — 646
- Kropp U, Rad M* von (1988) Psychosomatische Aspekte des Hörsturzes. *Psycho-ther med Psychol* 38: 404-412
- Kruse W* (1989) Wie sind psychosomatische Störungen bei Kindern zu erkennen? *Therapiewoche* 39: 1956-1963
- Kuiper PC* (1968) Die seelischen Krankheiten des Menschen. Huber, Bern Stuttgart. Zit in: Uexküll T von (1986): 243
- Kunze D* (1988) Arteriosklerose — eine Kinderkrankheit? *Hexagon Roche* (Hrsg) 16: 5
- Labhardt F* (1983) Psychische Störungen der Atmungsfunktion. In: Luban-Plozza B, Mattern HJ, Wesiack W (Hrsg) (1983) Der Zugang zum psychosomatischen Denken. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo: 141 — 144
- Lance JW* (1985) The pathophysiology of migraine. *Ann Acad Med* 14: 4 — 11
- Langen D* (1968) Der Weg des autogenen Trainings. Steinkopf, Darmstadt
- Laurezen M, Olesen J* (1984) Regional cerebral blood flow during migraine attacks by Xenon-133 inhalation and emission tomography. *Brain* 107: 447 — 461
- Lawrence PS* (1982) Behavioral assessment of sleep disorders. In: Keefe FJ, Blumenthal JA (eds): Assessment strategies in behavioral medicine. Grune and Stratton, New York 1982. Zit in: Uexküll T von (1986): 285
- Leavitt F* (1982) Comparison of three measures for detecting psychological disturbances in patients with low back pain. *Pain* 13: 299 — 305
- Leshan LL, Worthington RE* (1956) Personality as a factor in pathogenesis of cancer. *Brit J Med Psychol* 29: 49-56
- Lewis H, Lewis M* (1975) Heilerfolge der psychosomatischen Medizin. Kindler, München
- Libermann RP* (1973) Behavioristische Ansätze für die Familien- und Ehepaartherapie. In: Sager CJ, Kaplan HS (Hrsg) (1973), Bd 2: 398-417
- Loch W* (1965) Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses. Huber, Stuttgart
- Loch W* (1971) Die Krankheitslehre in der Psychoanalyse. Hirzel, Stuttgart
- Luban-Plozza B, Mattern HJ, Wesiack W* (Hrsg) Der Zugang zum psychosomatischen Denken. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luban-Plozza A., Poldinger W* (1977) Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Markgraf J* (1989) Panische Angst: Überfälle aus dem Nichts. *Psychologie Heute*, Nov. 1989: 20-27. Beltz, Weinheim
- Marty P* (1974) Die «allergische Objektbeziehung». In: Brede Ê (Hrsg) Einführung in die psychosomatische Medizin. Alhenäum Fischer, Frankfurt am Main
- Marty P, De Î'èãàï M, David Ñ* (1963) L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris

- Mason JH, Weener JL, Germann PM, Meenan RF* (1983) Health status in chronic disease: a comparative study of rheumatoid arthritis. *J Rheumatology* 10: 763-768
- Mathies H* (1989) Die Begutachtung psychosomatischer Leiden in der Rheumatologie. *Versicherungsmedizin* 4: 139—140
- McGuigan* (1980) Peptic ulcer. In: *Harrison's principles of internal medicine*, 9th edn: 1371 — 1385. Mc Gram-Hill International Book Company
- Medical Tribune* (1990) Nr. 40/5.10.90: 64
- Meenan RF, Gertmann PM, Mason JH* (1980) Measuring health status in arthritis. *Arthritis Rheumatism* 23: 146—152
- Meerman R, Vandereycken W* (1987) Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. De Gruyter, Berlin
- Mehlmann RD, Griesemer R* (1975) Alopecia areata in the very young. *Am J Psychiatry* 125 (5): 605
- Meyer AE* (1973) Das Globusgefühl. In: *Jores A* (Hrsg) (1981): 150
- Michel Ê* (1989a) Suizid: Eine Herausforderung an den Arzt. *Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des medecins suisses*, Band 70, Heft 7: 258; vgl. *Michel Ê* (1989b) *Psychiatrie für Krankenpflegeberufe*. Enke, Stuttgart
- Miller JG* (1965) Living systems: basis concepts. *Behav Sci* 10: 193
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd ThC* (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organisation and family therapy. *Archives of General Psychiatry* 32: 1031 — 1038
- Minuchin S* (1977) *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Lambertus, Freiburg
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L* (1981) *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Mitscherlich A* (1960) The psychic state of patients suffering from parkinsonism. *Adv Psychosomatic Medicine* 1: 317 — 324
- Möller WD* (1989) Die Behandlung des Morbus Parkinson. *Neurologie Psychiatrie* 3:318-319
- Morgan N* (1986) *Zitate und Sprichwörter von A bis Z*. Vehling, Menden Wien Luzern
- Moskowitz MA* (1984) The neurobiology of vascular head pain. *Ann Neurol* 6: 157-168
- Munzing-Ruef I* (1987) So stärken Sie Ihr Immunsystem. Heyne, München
- Nutzinger DO* (1987) Klassifikation und Verlauf der Herzphobie. In: *Nutzinger DO et al.* (Hrsg) (1987) *Herzphobie*. Enke, Stuttgart
- Oberhoff-Looden J* (1978) *Psychopathologie der Multiplen Sklerose*. Müller, Salzburg
- Panse F* (1952) *Angst und Schreck*. Thieme, Stuttgart
- Paul L* (1950) Psychosomatic aspects of low back pain. A review of recent articles. *Psychosomatic Medicine* 12: 116-124
- Paulley JW* (1975) Cultural influence on the incidence and pattern of disease. *Psychother Psychosom* 26: 2—11
- Peccei A* (1981) *Die Zukunft in unserer Hand*. Molden, Wien
- Peseschkian H* (1987) *Psychosoziale Aspekte beim lumbalen Bandscheibenvorfall*. Dissertation, Mainz. *Peseschkian, Nawid* (1990) *Psychosoziale Aspekte bei Neurodermitis Constitutionalis*. Inaugural-Dissertation, Wiesbaden
- Peseschkian N* (1974) *Psychotherapie des Alltagslebens*. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1977a) *Positive Psychotherapie*. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1977b) *Positive psychotherapy*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Peseschkian N* (1979) *Der Kaufmann und der Papagei*. S. Fischer, Frankfurt am Main

- Peseschkian N* (1980) Positive Familientherapie. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1983) Auf der Suche nach Sinn. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1985) Religion und Wissenschaft. In: Dustar F (Hrsg) (1985) Das Modell des Friedens — Ausweg aus der Krise. Horizonte in Poseidon Press, Wien: 113-132
- Peseschkian N* (1987) Die Bedeutung sozialer Normen in der positiven Psychotherapie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt. Habilitationsschrift, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1988a) 33 und eine Form der Partnerschaft. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Peseschkian N* (1988b) Kein Patient ist besser als sein Lebensplan. In: Therapie der Gegenwart. Sonderdruck. Urban & Vogel, München 127/1: 13 — 21
- Peseschkian N* (1989) Der Umgang mit älteren Menschen. Transkulturelle Aspekte. Allgemeinmedizin 18: 79 — 86
- Peseschkian N* (o. J.) AIDS-Phobie. Psychotherapeutische Aspekte. Sonderdruck aus Sexualmedizin, Medical Tribune, Wiesbaden
- Peseschkian N, Deidenbach H* (1988) Wiesbadener Inventar zur positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Petzold E, Reindell A* (1980) Klinische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart; Quelle & Meyer, Heidelberg
- Pfeifer WM* (1967) Psychiatrische Besonderheiten in Indonesien. Karger, Basel New York: Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Bibliotheca psychiatrica et neurologica 132
- Philippopoulos GS, Wittkows ED, Cousineau A* (1958) The etiologic significance of emotional factors in onset and exacerbations of multiple sclerosis. Psychosomatic Medicine 20: 458 — 474
- Phillips DH* (1989) Brit J Med. Zit in: Die Neue Ärztliche 97
- Pierce JMS* (1984) Migraine: a cerebral disorder. Lancet in: 86 — 89
- Poeck Ê* (1982) Neurologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Pongratz J* (1980) Leitsymptom: Wirbelsäulenschmerzen—eine psychosomatische Studie. Psychosomatic Medicine 26: 12—39
- Pschyrembel W* (1989) Klinisches Wörterbuch. De Gruyter, Berlin New York
- Puchalski Z, Szlendak L* (1983) Angst als Zustand und Angst als Persönlichkeitseigenschaft bei Patienten mit Alopecia areata, Rosacea und Lichen und Lichen ruber planus. Z Hautkr 58: 1038- 1048
- Radvila A* (1984) Psychologische und psychosomatische Krankheitsbilder. Therapeut Umschau 41, 11: 770-778
- Raetzke P* (1985) Einfluß von Streß auf die oralen Strukturen. In: Schneller T, Fleischer-Peters A (Hrsg) Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnmedizin. Fachbuchhandlung Psychologie, Vert.-Abtig., Frankfurt am Main
- Rahe RH* (1969) Multi-cultural correlations of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden. Journal of Psychosomatic Research 19: 191 —195
- Rattner J* (1977) Psychosomatische Medizin heute. S. Fischer, Frankfurt am Main
- Rechenberg I* (1976) In: Bosse Ê, Hunecke P (1976) Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkranken. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Reindell H, Klepzing H, Roskamp H* (1971) Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs. In: Kuhn A (Hrsg) Innere Medizin, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Remschmidt H* (1984) (Hrsg) Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Bd 1: Allgemeine Aspekte, Familientherapie, Imaginative Methoden, Stationäre Psychotherapie. Reihe: Klinische Psychologie und Psychopathologie. Enke, Stuttgart
- Richter HE* (1972) Patient Familie. Rowohlt, Reinbek

- Richter HE* (1976) Vorbeugung von psychogenen Störungen in der Familie. In: Richter HE, Strolzka H, Willi J (1976) Familie und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek
- Richter HE, Beckmann D* (1973) Herzneurose. Thieme, Stuttgart
- Ring J* (1989) In: Ärzte Zeitung Nr. 148. Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg
- Ringel E* (1978) Das Leben wegwerfen. Herden, Wien
- Romkopf G* (1989) Psychotherapie bei AIDS unabdingbar. Report Psychologie 3: 3-4
- Rosenman RH, Friedman M* (1968) What links behavior and coronary heart disease prone: Aggressive 'Impatient'. J Amer med Ass 203/7: 28 — 29
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman R* (1976) Der «Familien-Lunch». Eine Möglichkeit zur Einleitung einer Familientherapie bei Magersucht. Familiendynamik 4: 334-347
- Roth WF, Luton FH* (1943) The mental health program in Tennessee. Am J Psychiat 99: 662
- Sabshin M* (1990) Wendepunkt in der amerikanischen Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. Fortschr Neurol Psychiat 58: 323 — 331
- Sager CJ, Kaplan HS* (Hrsgs) (1973) Handbuch der Ehe-, Familien und Gruppentherapie, 3 Bde. Kindler, München
- Saul J* (1941) A clinical note on a mechanism of psychogenic back pain. Psychosomatic Medicine 3: 190-191
- Schellack D* (1955) Neurosen-psychologische Faktoren in Ätiologie und Pathogenese funktioneller Störungen der Muskulatur und «vertebraler Erkrankungen». Psychosomatic Medicine 3: 181 — 192
- Schmale AH, Iker HP* (1966) The psychological setting of uterine cervical cancer. Ann New York Acad Sci 125/3: 807-813
- Schnabi S* (1980) Correlations and determinants of functional sexual disturbances. In: Forleo R, Pasini W (eds) Medical sexology, pp 153-161, PSG Publ Comp, Littleton/MA
- Schnteder EA* (1986) Funktionelle Syndrome in der HNO-Heilkunde. In: Uexküll T von (1986): 1054-1071
- Schuffel W* (1986) Die Ausbildung zum Arzt. In: Uexküll T von (1986): 1253-1271
- Schüffei W* (1986) Die Ausbildung zum Arzt. In: Uexküll T von (1986): 1253-1271
- Schulte W, Tolle R* (1975) Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schultz JH* (1970) Das autogene Training, 13. Auf. Thieme, Stuttgart
- Schultz U, Kiitemeyer M* (1986) Neurologie In: Uexküll T von (1986): 946-974
- Schultz-Hencke H* (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Schultz-Lenden W* (1981) Psychosomatik in der Augenheilkunde In: Jores A (Hrsg) (1981): 371-395
- Schüssler G* (1989) Rheumatoide Arthritis. Psychosomatische Faktoren in Entstehung, Verlauf und Therapie. MMW 13, Nr. 23: 452
- Schüttler R, Groß G, Huber G* (1979) Schizophrenie. Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Springer, Berlin Heidelberg New York (Monographie «Gesamtgebiet Psychiatrie», Psychiatry Series 21)
- Schwidder W* (1968) Psychoanalyse und psychosomatische Medizin. Neue Ergebnisse und heutiger Stand der Fortschritte der Psychoanalyse, vol 3. Hogrefe, Göttingen
- Seidler GH* (1978) psychosoziale Verarbeitung chronischer Krankheit bei Multiple-Sklerose-Kranken und Querschnittsgelähmten. Inaugural-Dissertation, Göttingen
- Seligman IAD* (1975) Helplessness. On depression, development and death. WH Freeman, San Francisco

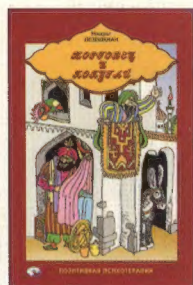
- Selvini-Palazzoli M, Bascolo L, Cecching G, Prata G* (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart
- Selye H* (1974) Streß-Bewältigung und Lebensgewinn. Piper, München Zürich
- Sergl HG* (1968) Zusammenhang zwischen psychischen Schwierigkeiten und dem Auftreten von Kieferanomalien. Fortschr Kieferorthop 28: 57
- Shorter RG, Huizenga KA, Spencer RJ, Guy SK* (1972) Inflammatory bowel diseases: the role of lymphotoxin in the cytotoxin of lymphocytes for colon epi-thel cells. Am J Dig Db 17: 689-696
- Siebeck R* (1949) Medizin in Bewegung, Thieme, Stuttgart
- Sigus V* (1975) Therapie sexueller Störungen. Thieme, Stuttgart
- Silbermann IS* (1927) Experimentell Duodenalulcuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pawlow. Zbl Chir 54: 2385
- Singer HG, Anderson JGD, Frischer H, Kirsner JB* (1971) Familial aspect of inflammatory Bowel disease. Gastroenterology 61: 423-430
- Sintshenko W* (1989) Man wird nicht als Persönlichkeit geboren. Wissenschaft in der UdSSR 5 (Septemder- Ortober 1989). Nauka, Moskau
- Speck RV, Attneave CL* (1973) Die Intervention in größere Sozialsysteme. In: Sager CJ, Kaplan HS (Hrsg) (1973), Bd 2: 510-544
- Sperling M* (1967) Transference neurosis in patients with psychosomatic disorders. Psychoanal Quart 46: 342
- Spitz R* (1975) Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Klett, Stuttgart
- Studt HH* (Hrsg) (1986) Psychosomatik in der inneren Medizin, 2 Bde. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Stunkard AJ, Craighead LW, O'Brain R* (1980) The treatment of obesity: a controlled trial of behavior therapy. Pharmacotherapy and their combination. The Laace 1: 1045-1047
- Süllwold L* (1975) Basisstörungen und Schizophrenic Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft; Frankfurt am Main
- Svedlund J* (1983) Psychotherapy in irritable bowel syndrome. Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl 306) vol 67
- Tausch R* (1974) Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Thaler M* (1980) Charakter und Krankheit. Maudrich, Wien
- Thayer WR, Spiro HM* (1963) Persistence of serum complement in sera patients with ulcerative colitis. J Lab clin Med 62: 24 — 30
- Thoma H* (1972) Anorexia nervosa: treatment. In: Reichsmann F (ed) Advances in Psychosomatic Medicine, vol 7: 300 — 315. Karger, Basel
- Thomas Ê* (1989) Sexualstorungen infolge «ekklesiogener» Neurosen. Sexualmedizin 8: 382-387
- Thoresen NÅ, Coates CJ, Zancane VP, Kirmil-Gray K, Roseking MR* (1980) Treating the complaint of insomnia: self-management perspectives. In: Ferguson JM, Taylor CB (eds): The comprehensive handbook of behavioral medicine, vol 1. MTP Press, Lancaster. Zit. in: Uexküll T von (1986): 285
- Troschke J* von (1989) Motivierung im Gespräch. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg): Gesundheit im Gespräch: 119— 124. Zum Weltge-sundheitthema 1989. Gesundheit leben —und darüber reden. Bonn
- Udelmann D* (1982) Stress and immunity. Psychother Psychosom 37:176— 184
- Uexküll T* von (1986) Psychosomatische Medizin, 3 Aufl. Urban & Schwarzen-berg, München Wien Baltimore
- Uexküll T* von, Wick E (1962) Die Situationshypertonie. Arch F Kreislaufforsch 39: 236-271

- Vogel M, Legier G* (1989) Die psychologische Betreuung von AIDS-Patienten in der Klinik. Report Psychologie 3: 26-31
- Vollrath P, Fenner H, Vetter P* (1976) Sexual verhalten hämodialysierter Patienten. Inn Med. 3: 349 ff
- Wallnöfer H* (1989) Auf der Suche nach dem Ich. Psychotherapie—Meditation -seelische Gesundheit. Albert Muller, Ruschlikon-Zurich Stuttgart Wien: 234-238
- Watzlawik P, Beavin JH, Jackson DD* (1969) Menschliche Kommunikation. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Walzlawik P, Weakland JH, Fisch R* (1974) Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Weiner H, Thaler M, Reiser E, Mirsky A* (1957) Etiology of duodenal ulcer. Psychosomatic Medicine 19: 1
- Weintraub A* (1977) Psychosomatischer Beitrag zur Diagnose und Therapie des Kreuzschmerzes. Psychosomatic Medicine 7: 109—118
- Weintraub A* (1981) Rheuma und Psyche. In: Eichler J (1981) Rheuma-Heute. Praktische Orthopädie Bd 10. Storch, Bruchsal
- Weizsäcker V von* (1947) Körpergeschehen und Neurose. Enke, Stuttgart
- Weizsäcker V von* (1949a) Psychosomatische Medizin. Psyche 3: 331 -341
- Weizsäcker V von* (1949b) Arzt und Kranker. Köhler, Stuttgart
- Wesiack W* (1984) Grundzüge der psychosomatischen Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Whitlock FA* (1980) Psychophysiologische Aspekte bei Hautkranken. Boss K, Hunecke P (Hrsg Ubs) Perimed, Erlangen WHO (1988) In: Ärzte Zeitung (1989) Nr. 98. Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg
- Winter E* (1958/59) Über die Häufigkeit neurotischer Symptome bei Gesunden. Zschr psychosom Med 5: 153
- Wirsching M* (1984) Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Zschr psychosom Med 30: 238 — 246
- Wirsching M, Stierlin H* (1982) Krankheit und Familie. Konzepte-Forschungsergebniss-Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wise TN, Cooper JN, Ahmeds S* (1982) The efficacy of group therapy for patients with irritable bowel syndrome. Psychosomatics 23: 465 — 469
- Wittkower ED* (1978) Über den Einfluß der Affekte auf den Gallenfluß. Klin Wochenschrift 7: 2193
- Wittkower ED, Lester EP* (1963) Hautkrankheiten in psychosomatischer Sicht. Documenta Geigy, Acta psychosom 6: 1 —39, Basel
- Wolff HG* (1948) Headache and other head pain. Oxford Univ Press, New York London
- Wulff M* (1932) Über einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht. Internat Zschr Psychoanal 18: 281
- Zander W* (1981) Psychosomatische Forschungsergebnisse beim Ulcus duodeni. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Zeitschrift fur Positive Psychotherapie* (1980) 2, 2: 42-43



Носсрат ПЕЗЕШКИАН – доктор медицинских наук, профессор, специалист в области психотерапии и неврологии. Психотерапевтическое образование получил в Германии, Швейцарии, США. Основатель позитивной психотерапии, учредитель и руководитель Висбаденской академии психотерапии (Германия). Проводит интенсивную исследовательскую и учебную деятельность более чем в 60 странах мира. Автор многочисленных книг и публикаций.

Книги серии «Позитивная психотерапия»:



ISBN 5-902791-05-7



Институт позитивной психотерапии